

MEMOIRES ORIGINAUX

I

LA DIPHTHÉRIE EN 1897 AU PAVILLON DAVAINÉ

(Hôpital Lariboisière)

BACILLES COURTS ET BACILLES LONGS

Par **A. GOUGUENHEIM**, médecin de l'hôpital Lariboisière et
J. DUTERTRE, interne en pharmacie.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, il est entré au Pavillon Davainé, dans le service du Dr Gouguenheim, à Lariboisière cent cinquante-et-un malades. Le pavillon d'isolement pour le traitement de la diphtérie ne reçoit que des adultes femmes, le nombre des entrées est légèrement inférieur à celui de l'année précédente qui était de cent quatre-vingt quatre au lieu de cent cinquante-et-un.

Dès l'arrivée des malades au pavillon d'isolement, une culture sur sérum peptonisé est faite avec une parcelle de fausse membrane ou d'exsudat. Les tubes de cultures, mis à l'étuve, sont examinés le lendemain matin, un peu avant la visite, si l'ensemencement a été fait la veille, avant quatre heures du soir, l'expérience nous ayant démontré qu'un intervalle de dix-sept heures est généralement suffisant pour obtenir une culture assez abondante et pouvant fournir des résultats certains pour l'examen microscopique. Toutefois, afin de se mettre en garde contre toute cause d'erreur, des tubes de cultures ainsi examinés sont remis et laissés à l'étuve afin d'être revus le lendemain ; on s'assure ainsi qu'aucune nouvelle espèce bactérienne ne s'est développée depuis la veille. C'est donc un moyen de contrôle du premier examen.

Quatre-vingt dix-huit fois, c'est-à-dire dans les deux tiers des

Communication faite à la Société méd. des Hôpitaux, le 26 février 1898.

cas environ, le bacille de Lœffler a été rencontré, toujours plus ou moins associé à d'autres espèces microbiennes : streptocoques, staphylocoques, tétragènes, diplocoques, etc.

Trente-cinq cultures nous ont donné du streptocoque seul, rarement, ou associé en général au staphylocoque.

Dix malades, après leur entrée à l'hôpital, ont été atteintes de scarlatine; les cultures faites avec l'exsudat ou les mucosités provenant de l'arrière bouche de ces malades, ont donné neuf fois d'assez longues chaînettes de streptocopes. Dans un cas le bacille de Lœffler était associé au streptocoque : ce fait a d'ailleurs été signalé dans les *Annales*. Enfin, les autres malades, à déduire des cent cinquante-et-une entrantes n'ont eu ni angine à forme streptococcique, ni diphthérie. Ces malades, douteuses lors de leur entrée, étaient affectées d'amygdalites aiguës, d'abcès péri-amygdaliens, etc.

La thérapeutique adoptée par le Dr Gouguenheim, a été la suivante :

Salol, 4 grammes pendant quatre jours, irrigations nasales et bucco-pharyngiennes à l'eau boriquée tiède pendant toute la durée du séjour au pavillon.

Potion de Todd.

Quant au sérum de Roux, il n'a jamais été administré que sur des indications précises du Dr Gouguenheim ; il a été donné à environ cinquante malades à la dose de 20 centigrammes en moyenne par jour ; quelquefois, cette dose se trouvait répétée au bout d'un ou deux jours, mais ce fait était rare.

Il est certain que la diphthérie de l'adulte que nous avons observée a presque toujours été bénigne, nous n'avons enregistré cette année que deux décès au pavillon.

L'un de ces cas concernait une malade de 24 ans, atteinte d'une diphthérie qui était restée sans aucun traitement pendant une huitaine de jours. L'état général était très mauvais et la malade succomba rapidement.

Le deuxième cas a trait à une enfant de 2 ans exceptionnellement reçue, apportée mourante et décédée deux heures après son entrée, malgré que la trachéotomie eut été pratiquée immédiatement.

Les mois de juin, septembre et octobre ont été ceux où le

nombre des malades du Pavillon est descendu au minimum, au contraire le maximum des entrées a été atteint en mars, avril et novembre.

Le bacille de Loeffler a été rencontré quatre-vingt-dix-huit fois, avons-nous dit, pendant l'année 1897, chez les malades du pavillon Davainé ; il faut ajouter pour être exact, que dans la bonne moitié des cas, ce bacille était ce qu'on est convenu d'appeler bacille court, ou bacille moyen. celui que nombre d'auteurs considèrent comme bacille pseudo-diphthérique, bacille qui avait probablement causé l'angine de M. Variot et qui a fait l'objet de plusieurs discussions à la Société Médicale des Hôpitaux.

Pour le bactériologiste, le bacille court ou moyen n'est pas toujours un bacille diphthérique vrai, et pourtant ces colonies ont un aspect analogue à celles du bacille long ; comme ce dernier, il est généralement associé à d'autres espèces microbiennes, le streptocoque le plus souvent, comme lui, il se colore facilement par les diverses couleurs d'aniline : violet de gentiane, fuchsine, etc. Comme lui, il prend le Gram en se décolurant un peu. Enfin, dans une même culture, on trouve à la fois des bacilles longs, moyens et courts.

Les bacilles, moyens et courts, sont-ils de simples variétés du bacille de Loeffler tel qu'il a été décrit ? Tout porte à le croire, mais distinguer ces variétés est quelquefois délicat, difficile, et on ne peut le faire qu'avec une certaine habitude.

Le bacille long est grêle, enchevêtré, confluent, embroussaillé, si l'on peut employer cette expression.

Quant aux bacilles courts ou moyens, leurs dimensions sont variables. Nous les avons vus, atteindre parfois une longueur à peu près égale à celle des bacilles longs, mais ils sont plus gros, plus trapus, et surtout moins confluent et moins enchevêtrés.

Sur les conseils et les indications de M. Gouguenheim, nous avons fait quelques expériences que nous allons rapporter pour étudier la virulence comparative du bacille court et du bacille long.

1^{re} expérience. — Le 6 juillet, une culture sur sérum pepto-

nisé est faite avec une parcelle d'exsudat provenant d'une malade atteinte d'angine à bacilles courts associés au streptocoque.

Le bacille court est isolé,ensemencé sur bouillon.

Le 14, un cobaye est inoculé avec ce bouillon de 4 jours ne renfermant que du bacille court, reconnu avant l'inoculation.

Le 15, le cobaye refuse toute nourriture.

Le 16, il mange un peu et demeure immobile dans un coin de la cage.

Le 17, il recommence à manger comme d'habitude et recouvre sa vivacité.

Enfin les jours suivants, il reprend son état normal.

Toutefois le 22, soit huit jours après l'inoculation, on s'aperçoit de la formation d'un abcès à la partie interne de la cuisse, un peu au-dessus de l'endroit où l'inoculation avait été faite. Au bout de quatre jours on ouvre l'abcès ; le pus qu'il renfermait contenait une grande quantité de bacilles courts. L'animal guérit.

Un moineau, inoculé le même jour que le cobaye et avec le même bouillon de culture, est mort dans les 36 heures.

2^e expérience. — Le 22 juillet, le cobaye est inoculé avec un bouillon de culture de cinq jours, contenant bacilles courts, streptocoques, staphylocoques : cette fois le bacille n'a pas été isolé, le bouillon contient les espèces précitées.

Le cobaye, après avoir montré un malaise général durant quelques jours et perdu un peu l'appétit, ne tarde pas à se remettre complètement.

3^e expérience. — Un cobaye est injecté le 25 juillet avec un bouillon de culture de 48 heures seulement, contenant des bacilles longs associés au streptocoque, provenant de l'enfant morte dans notre service. Le cobaye succombe en 24 heures.

4^e et 5^e expériences. — Elles ont lieu au commencement d'août avec du bouillon de culture renfermant bacilles longs et streptocoques, l'un de ces bouillons a été ensemencé avec une parcelle de fausse membrane provenant d'une malade atteinte de diphthérie laryngée.

Les deux cobayes inoculés meurent dans les 36 heures.

6^e expérience. — Le 10 novembre, on inocule un cobaye avec un bouillon de culture contenant du streptocoque provenant d'une malade affectée d'angine à forme streptococcique. Au bout de trois jours, le cobaye succomba.

De ces faits, que conclure, sinon que le bacille court est loin

d'avoir la virulence du bacille long, même s'il est associé au streptocoque, et pourtant, nous pouvons affirmer qu'un certain nombre de nos malades atteints de diphthérie à bacilles courts ont présenté des accidents cliniques aussi graves que celles chez lesquelles le diagnostic bactériologique avait été bacilles longs.

Nous avons vu succomber au cours des années précédentes, des malades chez lesquels nous n'avons rencontré que le bacille court.

Ces cas fatals se sont montrés chez quelques-unes de nos malades durant les années qui ont précédé et d'après l'ensemble de nos observations, nous pouvons affirmer avoir remarqué dans un certain nombre de diphthéries à bacilles courts une action nocive incontestable et peut-être inhérente aux individus chez lesquels ce bacille vit et se développe.

**PLAIE DE LA PORTION THORACIQUE
DE LA TRACHÉE CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE DU COU
PAR UN INSTRUMENT PIQUANT ET TRANCHANT**

Par **J. VANVERTS**

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'observation que nous relatons ici concerne un malade qui se fit une plaie de la portion thoracique de la trachée en s'enfonçant un couteau au niveau du cou.

Elle nous a paru intéressante à rapporter en raison des circonstances toutes spéciales et exceptionnelles qui ont présidé à la production de cette lésion.

Le nommé Fl..., âgé de 41 ans, est amené le 15 novembre 1897, à cinq heures du soir, à l'hôpital Saint-Antoine, et placé dans le service de notre maître, M. le Docteur Monod.

Cet homme est dans un état de demi-coma, pousse des gémissements continuels, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. Son pouls est à peine perceptible. Les personnes qui l'accompagnent nous apprennent qu'il a perdu une grande quantité de sang.

Nous constatons, au niveau de la partie médiane et inférieure du cou, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale, l'existence d'une plaie transversale, largement ouverte, longue de six à sept centimètres et qui est le siège d'un léger suintement sanglant. A chaque expiration, un fort courant d'air sort entre les lèvres de cette plaie, qui sont à ce moment animées d'un tremblement dû au passage de l'air. Le tissu cellulaire, qui entoure cette plaie, est le siège d'un emphysème qui s'étend aux deux régions pectorales.

Le malade ayant été porté de suite à la salle d'opérations, nous désinfectons soigneusement la plaie et la peau avoisinante. Le doigt, introduit directement d'avant en arrière, constate que la trachée est intacte. En s'enfonçant profondément en bas, derrière la fourchette sternale, il perçoit l'existence d'une section presque complète de la trachée, située à trois centimètres

au moins au-dessous d'un plan horizontal passant par le bord supérieur du manubrium. On peut facilement se rendre un compte exact de la disposition de cette lésion. La trachée a été sectionnée à peu près transversalement. Les deux parties sont reliées par un simple pont de paroi représentant le quart environ de la circonférence du canal et situé à droite. Aussi sont-elles assez mobiles l'une sur l'autre ; et il est facile d'introduire dans le bout inférieur la pulpe de l'index.

Nous essayons en vain de faire pénétrer une canule dans la portion inférieure de la trachée ; le bec de l'instrument n'atteint pas le point de section. Nous ne sommes pas plus heureux avec une longue canule, qui affleure par son extrémité l'orifice du bout trachéal inférieur, mais n'y pénètre pas. Nous nous contentons donc d'y introduire un tube de caoutchouc stérilisé, que nous maintenons au dehors à l'aide de deux crins passés dans les lèvres de la plaie des téguments.

Pendant le cours de ces tentatives, on avait fait au malade trois injections d'éther et deux de caféine, et un de nos collègues avait pratiqué une injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum artificiel. Le pouls s'était ainsi un peu remonté.

Le malade, qui avait recouvré sa connaissance, nous expliqua alors qu'il s'était porté, vers trois heures de l'après-midi, un coup de couteau au niveau du cou. Il avait enfoncé ce couteau d'avant en arrière et de haut en bas, en s'en servant comme d'un instrument piquant.

Reporté dans son lit, le malade se trouvait dans un état assez satisfaisant. La cravate de gaze mouillée, qui recouvrait la plaie et l'orifice du drain, se teinta à peine de sang. A huit heures du soir, la mort se produisit presque subitement.

En raison de l'opposition judiciaire, il nous fut impossible de pratiquer l'autopsie.

Les plaies de la trachée ne constituent pas des lésions rares et succèdent ordinairement à des tentatives de suicide ou d'homicide. La direction donnée à l'instrument vulnérant est presque toujours antéro-postérieure, qu'il s'agisse d'un instrument piquant enfoncé directement d'avant en arrière, ou d'un instrument tranchant mû dans le sens transversal.

Il s'agissait dans notre cas d'une plaie de la portion thoracique de la trachée, consécutive à une plaie du cou. La production de cette lésion s'expliquait facilement par la direction très oblique d'avant en arrière et de haut en bas que le ma-

lade avait donnée au couteau, dont il s'était servi comme d'un instrument piquant.

L'individu, qui veut se suicider en se coupant le cou, a ordinairement pour but d'ouvrir les gros vaisseaux de la région. Aussi donne-t-il à l'instrument dont il se sert, et qui est presque toujours un couteau ou un rasoir, un mouvement de translation de gauche à droite, uni à une certaine pression, de façon à sectionner d'avant en arrière les parties molles du cou. Bien exceptionnels doivent donc être les cas analogues au nôtre; et les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites à ce sujet ne nous ont pas permis d'en trouver d'autre exemple.

Bien que la cause de la mort ne puisse être établie sûrement, il est probable qu'elle fut constituée par l'anémie hémorrhagique. L'écoulement de sang par la plaie avait été, nous l'avons dit, très abondant avant que le blessé fut apporté à l'hôpital.

Quelle fut la source de cette perte de sang? C'est ce que nous ignorons et ce que l'autopsie seule aurait peut être pu nous apprendre. Il est cependant certain que les gros vaisseaux de la région avaient été respectés; car, s'ils avaient été lésés, l'hémorrhagie aurait été foudroyante. La situation médiane et les dimensions relativement faibles de la plaie expliquent que les carotides primitives et les jugulaires internes aient échappé au couteau, qui avait été enfoncé suivant la direction que nous avons signalée.

Il est plus étonnant que les troncs brachio-céphaliques n'aient pas été lésés. Nous avons à ce propos fait sur le cadavre l'expérience suivante: Ayant enfoncé dans le thorax un couteau rasant la fourchette sternale, dans une direction faisant avec l'horizontale un angle d'environ 45 degrés, nous avons déterminé une plaie de la trachée située au niveau de celle que notre malade s'était faite. Les troncs veineux brachio-céphaliques étaient séparés du couteau par un espace de quelques millimètres; le tronc brachio-céphalique artériel, au contraire, était en contact direct avec lui, mais n'avait pas été blessé. Mais, si l'on se rappelle que sur le vivant, et contrairement à ce qui existe sur le cadavre, les troncs brachio-céphaliques veineux sont gorgés de sang et par conséquent

plus volumineux, si l'on se souvient aussi que le tronc brachio-céphalique gauche, qui dépasse rarement la fourchette sternale, peut s'élever au-dessus d'elle dans les mouvements d'hyperextension du cou (mouvement qu'a probablement fait notre malade au moment où il s'est frappé), on conviendra que le couteau, dont s'est servi notre blessé, a dû suivre un trajet bien voisin de ces différents troncs vasculaires ; et c'est probablement parce que son tranchant était tourné à gauche qu'il a respecté les troncs artériels et veineux droits et la portion droite de la trachée.

En raison de la mort rapide de notre blessé, la question du traitement de la lésion trachéale ne s'est pas trouvée posée, et nous n'avons eu qu'à parer aux accidents immédiats, constitués par l'emphysème, en plaçant dans la trachée au tube destiné au passage de l'air. L'état général du malade était trop précaire pour qu'on eût pu tenter à ce moment un traitement plus radical.

En l'absence d'hémorrhagie, le malade aurait pu survivre. Dans ces conditions, quelle aurait été la conduite à suivre pour obtenir la guérison de la lésion trachéale ? L'ablation simple du tube, que nous avions placé dans la trachée, aurait été rapidement suivie de la reproduction de l'emphysème, en raison du siège profond et de l'étendue de la plaie trachéale. Il aurait donc fallu, pour permettre le passage facile de l'air d'un bout de la trachée dans l'autre, réussir à maintenir leurs deux orifices en contact à peu près direct. Ce n'est pas sans de grandes difficultés qu'on aurait pu obtenir ce résultat. La pose des sutures sur les deux bouts trachéaux aurait été fort malaisée ; car le champ opératoire était profond et le voisinage des gros vaisseaux particulièrement dangereux. C'est cependant, croyons-nous, le procédé qu'il aurait fallu tenter. Quelques fils ayant été passés dans l'épaisseur de la trachée à l'aide d'une aiguille très courbe, telle que l'aiguille en U de Trélat pour la palatoplastie, on les aurait ensuite serrés. La béance de la plaie des parties molles du cou, maintenue au besoin par un ou deux drains, aurait empêché le développement de l'emphysème par l'air, qui n'aurait pas manqué de s'échapper à travers les lèvres mal jointes de la plaie trachéale.

LA TUBERCULOSE DU PHARYNX CHEZ L'ENFANT

Par le Dr A. F. PLICQUE,

Chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière.

La tuberculose du pharynx est chez l'enfant d'une très grande rareté. Bien que chez tous les jeunes enfants l'infection par le bacille de Koch se fasse fréquemment par la voie buccale et que la tuberculose linguale puisse s'observer assez couramment comme accident de début, le pharynx, même en pareil cas, est presque toujours respecté. Cette rareté chez l'enfant est encore infiniment plus grande que chez l'adulte. Sur 87 observations de tuberculose pharyngée réunies dans l'important mémoire de Schlifferowitsch ⁽¹⁾ une seule concerne un enfant de six ans. Siegert, dans une étude d'ensemble récemment parue sur ce sujet, n'a pu réunir en tout que 12 observations dont deux personnelles ⁽²⁾.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 11 ans, de souche tuberculeuse, se plaignant depuis six semaines de douleur en avalant, de mal de gorge, de gonflement des ganglions du cou. L'enfant ne toussait pas, n'offrait pas de fièvre, ni de sueurs nocturnes. Les amygdales, le voile du palais, la luette étaient couverts de fausses membranes qui firent tout d'abord porter le diagnostic de diphthérie. Cette erreur qui constituera un des points intéressants du diagnostic différentiel fut vite rectifiée, d'une part en raison des signes de tuberculose pulmo-

(1) *Zeitsch. für Chirurgie*, 1887, p. 527.

(2) *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, vol. XLV, p. 137.

naire étendue, d'autre part parce que les fausses membranes renfermaient outre des streptocoques et des diplocoques de nombreux bacilles tuberculeux. L'acide lactique fit disparaître rapidement les fausses membranes, mais au-dessous persistent des exulcérations peu profondes mais diffuses sans tendance à la cicatrisation. Les lésions pulmonaires s'aggravent, la fièvre apparaît et l'enfant succombe à la cachexie deux mois environ après le début. Les lésions pharyngées semblent avoir été ici secondaires au cours d'une granulie.

La deuxième observation offre un type clinique tout différent. Il s'agit d'une enfant de quatre ans et demi, sans antécédents héréditaires, absolument bien portante. Le seul symptôme était une ulcération pharyngée sans infiltration et sans épaississement des bords, sans nodules au pourtour, couverte d'un exsudat, puriforme accompagnée d'un engorgement ganglionnaire marqué. La syphilis, la diphthérie furent discutées, la tuberculose fut finalement admise par exclusion bien que l'exsudat ne renfermât pas de bacilles de Koch, qu'il n'y eut ni douleur ni fièvre. Dans la suite la destruction progressive de la luette et de l'épiglotte, la caséification des ganglions cervicaux, l'apparition de petites nodosités caséuses sur les bords de l'ulcération, finalement les accidents d'enterite tuberculeuse et de granulie confirment ce diagnostic. L'enfant succomba au bout de quatre mois. La difficulté de la déglutition était à la fin telle que l'alimentation dut être faite pendant plusieurs jours avec la sonde œsophagienne.

Ces deux types d'évolution, type secondaire et type primitif, se retrouvent, le type primitif étant de beaucoup le plus rare dans les autres observations. La destruction locale prend parfois une grande étendue. L'extension des lésions à l'épiglotte aux amygdales est fréquente, Schepelern cite même un fait où les ulcérations atteignaient les ligaments ary-épiglottiques et les cordes vocales. Dans plusieurs observations les accidents gastro-intestinaux d'origine tuberculeuse sont très intenses, beaucoup plus accentués que les accidents fébriles ou pulmonaires. Il semble que l'infection ait porté, comme le remarque Siegert, tout son effort sur l'appareil digestif.

Si l'on étudie, au point de vue de la répartition des lésions

locales, les douze observations, on voit que la luelle n'est indemne que dans deux cas. Les amygdales dans cinq cas échappent à l'ulcération. L'épiglotte est prise dans six observations et souvent avec des lésions étendues amenant presque une destruction totale. La langue est intéressée trois fois; même nombre statistique pour la paroi postérieure du pharynx. La muqueuse de la joue est prise dans un seul cas, celui de Demme. La muqueuse des fosses nasales offrait des lésions simultanées dans deux cas.

L'évolution est presque toujours rapide. La mort survient en quelques semaines, parfois même en quelques jours. Une observation, celle de Demme⁽¹⁾, fut cependant remarquable par sa longue durée qui atteignit plus de trois ans. Peu à peu se formèrent une série de petits noyaux au nombre d'une trentaine se ramollissant et aboutissant à des ulcérations lenticulaires. Ces noyaux renfermaient des cellules géantes, de nombreux bacilles. L'inoculation du cobaye fut positive. Le nombre énorme des bacilles, l'aspect des noyaux différenciaient la lésion du lupus qui s'en serait rapproché par la lenteur de l'évolution. Les gargarismes avec le permanganate de potasse, à 1 ou 2 pour mille, avec le thymol, à 0,5 ou 1 pour mille, donnèrent de bons résultats. L'iodoforme et le sous-nitrate de bismuth furent mal supportés. Le mauvais état général contre-indiquait toute intervention chirurgicale. L'enfant mourut de granulie.

Au point de vue de l'état général, l'absence ou le peu d'intensité de la fièvre au moins au début était remarquable et pouvait égarer le diagnostic.

L'engorgement des ganglions cervicaux parvenu ou non jusqu'à la caséification fut constaté dans toutes les observations. L'importance de cet engorgement est tel que Siégert regarde la voie lymphatique comme le mode d'infection le plus fréquent du pharynx. La voie sanguine paraît un mode d'infection plus rare. L'infection directe par des érosions de la muqueuse semble encore moins démontrée.

Le diagnostic offre quelques particularités importantes.

(1) DEMME. — 26 *Bericht des Jenners. Kindershosp., in Bern.* 1888, page 23.

La tuberculose pharyngée de l'enfant peut prendre au début, comme le prouvent trois observations de Siébert, d'Abercombie, de Gay, la forme pseudo-membraneuse. Cet aspect était si trompeur chez le malade de Siébert que l'envoi dans un service de diphthéritiques fut fait sans hésitation. Histologiquement ce sont des fausses membranes fibrineuses analogues à celles de la diphthérie. L'absence du bacille de Löffler est le seul critérium certain. Mais quelques particularités, faible tendance à l'extension, récidives et longue durée sans grande infection générale, aspect exulcéré inégal de la muqueuse buccale après qu'on a détaché les fausses membranes : mais en même temps, pâleur, absence de congestion, de tendance aux hémorrhagies ont une certaine valeur. La présence de noyaux gros comme un grain de millet, gris, transparents, parfois caséeux au pourtour de la zone exulcérée serait pathognomonique. Enfin la gorge se déterge très rapidement par les badigeonnages à l'acide lactique qui ont une remarquable efficacité.

Le lupus du pharynx serait facile à distinguer de ces diverses formes de tuberculose. Les nodules sont plus volumineux, les ganglions sont beaucoup moins atteints, mais surtout il existe par place des ilots de cicatrisation et presque invariablement d'autres manifestations lupiques du visage et surtout du nez. Les douleurs seraient également plus vives dans la tuberculose que dans le lupus. Siébert remarque toutefois, que si parfois les ulcérations tuberculeuses déterminent des souffrances très vives, elles peuvent aussi être absolument indolentes comme le prouve une de ses observations. L'évolution de la tuberculose peut exceptionnellement, comme le montre le cas de Demme, être presque aussi lente que celle du lupus.

Tous les faits connus se sont sans exception terminés par la mort. Dans la plupart des formes secondaires, l'infection générale rendra le traitement local bien illusoire. Le meilleur topique paraît être, surtout en cas de fausses membranes, l'acide lactique.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES DANS L'ENFANCE ET CHEZ L'ADULTE

Par le Dr **MARTHA.**

On connaît la rareté des polypes muqueux du nez dans l'enfance : autant ces néoplasmes sont fréquents chez les adultes, autant il est rare d'en rencontrer avant la puberté. C'est ainsi que Hopmann n'a relevé dans sa statistique sur ce sujet que 3 à 4 % d'enfants atteints de polypes muqueux du nez n'ayant pas 15 ans.

A la clinique de la fondation Peraire ce n'est que très exceptionnellement que des enfants se présentent à nous avec des polypes du nez. En compulsant les registres de diagnostic pendant une période de quatre années, nous n'avons relevé que 2 cas de polypes chez des enfants n'ayant pas 15 ans, et 9 cas de 15 à 19 ans, sur 133 cas de polypes muqueux. Nous arrivons donc à peu près au chiffre donné par Hopmann.

Ce tableau fournit plusieurs renseignements statistiques intéressants.

D'abord on voit qu'à la clinique Pereire, qui reçoit des malades de tout âge, y compris les jeunes enfants, nous n'avons pas observé un seul cas de polypes muqueux des fosses nasales au-dessous de l'âge de 13 ans, en l'espace de quatre années.

En second lieu, ces quatre années ont donné la même proportion de polypes chez l'homme et chez la femme : d'une façon générale, on peut dire que cette affection est deux fois plus fréquente dans le sexe masculin. Nous insistons sur cette proportion démontrée d'une façon si régulière par notre statis-

Fondation Pereire

Relevé des polypes muqueux du nez

Ages	1892	1893	1894	1895
	21 hommes 10 femmes	24 hommes 10 femmes	23 hommes 14 femmes	17 hommes 9 femmes
13 ans	1			1
15 —		1	1	
16 —		1		
17 —	1		1	
18 —		1		
19 —		1		2
20 —	1	1		
21 —			1	1
22 —		1		1
23 —	2	1	1	1
27 —	1			1
28 —			1	
29 —		1		
30 —	1	1	1	
31 —	1		2	
32 —		1	2	1
33 —	1		2	1
34 —	1		2	2
35 —	1	1	2	
36 —	2	1	2	
37 —				1
38 —	1	1		
39 —		1	2	
40 —		2		3
41 —	2	1		
42 —		2	3	1
43 —			2	3
44 —			3	2
45 —	1	1		
46 —	1	1		
47 —	1	1	2	
48 —	1		1	1
50 —		3	1	1
51 —		2		1
52 —	2		1	
53 —	1			
54 —	1		1	
55 —	1		1	
56 —	3	1		
58 —		1		
59 —	1	1		
60 —	1	1	1	
61 —			1	
62 —			1	
63 —			1	
64 —		1	1	
67 —		1		
70 —		1		
75 —	1			

tique, parce que les auteurs ne fixent pas habituellement de chiffre précis sur ce sujet. Ils se contentent de remarquer que les hommes sont plus souvent atteints que les femmes⁽¹⁾.

Lenox Browne ⁽²⁾ dit dans son traité : « Les polypes du nez sont plus fréquents chez les hommes, et peuvent se rencontrer à tout âge... La plupart de mes malades avaient dépassé la trentaine ».

Moldenhauer ⁽³⁾, sans préciser, constate que les hommes en sont atteints beaucoup plus souvent que les femmes.

Pour Garel ⁽⁴⁾ « le polype muqueux est une maladie de l'âge adulte. D'après les statistiques, celle de Natier en particulier, 3 % des cas seulement surviendraient au-dessous de 15 ans ».

Notre statistique nous donne des résultats précis :

En 1892	— 21 hommes	— 10 femmes
1893	— 24 hommes	— 10 femmes
1894	— 28 hommes	— 14 femmes
1895	— 17 hommes	— 9 femmes.

Quant à l'âge où on les observe le plus fréquemment, il est admis que c'est entre 20 et 30 ans. Ce n'est pas le résultat auquel nous conduit l'examen de notre statistique.

En effet, nous trouvons pendant ces quatre années.

De 20 à 30 ans,	18 cas.
31 à 40	— 36 cas.
41 à 50	— 37 cas.
51 à 60	— 22 cas.
61 à 75	— 8 cas.

Ainsi donc, les polypes muqueux du nez, très rares dans l'enfance, augmentent de 20 à 30 ans, pour être fréquents surtout de 30 à 50 ans. A partir de cet âge ils sont observés moins

⁽¹⁾ Voir les ouvrages classiques, traités de chirurgie, etc., et en particulier l'ouvrage de Follin et Duplay.

⁽²⁾ Traité des maladies du larynx et des f. nasales.

⁽³⁾ Traité des mal. des f. nasales.

⁽⁴⁾ GAREL. — Diagnostic et traitement des maladies du nez (Rueff, 1897).

souvent ; et de même que dans la première enfance, dans la vieillesse ils sont très rares.

Etant donnée cette rareté dans l'enfance nous avons cru intéressant de publier les cas suivants que nous avons observés à la clinique de la fondation Pereire.

Obs. n° 1. Il s'agit d'un garçon, Lucien E..., âgé de 13 ans. Cet enfant semble avoir une bonne santé ; il n'aurait eu qu'une fièvre muqueuse il y a six ans.

Depuis un an il se plaint d'être gêné du nez, quand il court, ou qu'il fait humide. De plus, il est souvent pris de coryza, ce qu'il n'avait pas autrefois.

L'examen rhinoscopique laisse voir dans la narine droite un volumineux polype muqueux suspendu dans la narine et descendant jusque à un demi-centimètre de l'orifice inférieur des fosses nasales.

En s'aidant du stylet on peut se rendre compte du point d'implantation du polype qui se fait à la partie postérieure du méat moyen.

Après avoir cocaïnisé la région nous pratiquons l'ablation du polype à l'aide du serre-nœud ; et derrière le premier en apparaît un second, qui est également enlevé.

Nous pratiquons le nettoyage complet de la fosse nasale et la cautérisation à l'électro-cautère des points d'implantation.

L'enfant est revu deux mois plus tard, et ne présente plus de trace de polypes.

Obs. n° 2. Le jeune Charles R..., vient à la clinique en janvier 1896 ; il est âgé de 13 ans ; il n'a jamais fait de grande maladie, mais au dire de la mère il a toujours eu une santé délicate. Cet enfant présente une hypertrophie des amygdales et tous les signes de végétations adénoïdes ; du reste, à l'aide de la pince nous lui retirons des parcelles de végétations. En examinant les fosses nasales, nous trouvons dans la narine gauche, inséré sur le cornet moyen, un beau polype muqueux, du volume d'une noisette. Il est enlevé à l'aide du serre-nœud, après anesthésie locale à la cocaïne. Il était entendu que l'enfant nous serait ramené le mois suivant pour les végétations adénoïdes ; mais la mère, très nerveuse, a dû reculer devant l'opération, et nous n'avons plus revu le petit malade.

SUR UN NOUVEAU CAS D'IMPERFORATION OSSEUSE CONGÉNITALE DE LA CHOANE DROITE

Par le Prof. **G. GRADENIGO**

Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université royale de Turin ⁽¹⁾

Les cas d'imperforation congénitale des choanes, tant de nature osseuse que membraneuse sont très rares dans la littérature ; leur total s'élevait seulement à 25 en 1889 (Schwendt) ⁽²⁾. Depuis ces dernières années, probablement en raison de l'amélioration des méthodes d'examen du nez et du pharynx nasal, il s'est produit une notable progression dans le nombre des observations, à la fin de 1894 on comptait 39 cas publiés ⁽³⁾ et dans ces derniers temps on en a relaté de nouveaux. Je rappellerai que les anomalies de conformation des choanes ont fait l'objet d'études de Hopmann (*Archiv. f. laryngol.*, fasc. 3, 1895, p. 48) et de Bergeat (*Ibidem*, 1896, fasc. 4, page 409), en 1894 Gouguenheim et Hélyar publièrent un travail d'ensemble sur la question (*Annales des mal. de l'oreille*, etc. p. 43, 1894) et la même année Dionisio présenta à l'Académie royale de médecine de Turin un cas d'oblitération des choanes non osseuse mais membraneuse (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, p. 124, février 1895).

La rareté de cette affection justifie la description du cas que j'ai observé.

⁽¹⁾ Communication à l'Académie royale de médecine de Turin, séance du 17 décembre 1897.

⁽²⁾ *Corresp. blatt f. schweizer. Aerzte*, 1890.

⁽³⁾ *ANROS.* — *Archiv. f. ohrenheilk*, 1894, vol. 38, page 40. Mémoire contenant la littérature depuis Schwendt. Il est singulier que tandis que ce mémoire traite constamment de l'imperforation de la choane droite, l'imperforation soit représentée à gauche sur les deux figures qui y sont annexées.

Jeune homme de 18 ans, bien constitué, type adénoïdien mais peu accentué. C'est seulement depuis cinq ans que le malade s'est aperçu de l'occlusion totale de sa narine droite; ce qui l'obligeait à retirer avec son mouchoir le mucus nasal qu'il ne pouvait moucher du côté droit. A l'examen, la fosse nasale gauche semble normale, sauf une légère hyperplasie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur; la narine droite renferme une grande quantité de pus que l'on fait disparaître difficilement par des lavages et au moyen de tampons d'ouate. Après le nettoyage de la cavité, on remarque une hyperplasie prononcée de la muqueuse du cornet inférieur, et il est impossible de pénétrer au fond du pharynx, même avec une sonde très mince.

Par la rhinoscopie postérieure, malaisée à pratiquer, on reconnaît l'existence d'un degré modéré d'hyperplasie de l'amygdale pharyngée; la choane gauche est occupée en grande partie par la queue du cornet inférieur tandis que la choane droite qui ne diffère pas sensiblement comme dimensions de celle de gauche, apparaît oblitérée par une lamelle rouge qui ne correspond pas au bord libre de la choane, mais demeure à environ un centimètre en avant, à l'intérieur de la fosse nasale droite. Ce fut seulement après une opération préliminaire consistant à réséquer la muqueuse hyperplasiée du cornet inférieur droit, que l'on put se former une idée exacte de la nature et de la disposition de l'obstacle qui s'opposait au passage de l'air.

Dans notre cas, comme dans la plupart des observations publiées, l'oblitération ne provenait pas d'une cloison disposée selon un plan frontal, mais était due au rapprochement en forme d'entonnoir et à la réunion en arrière des parois de la cavité nasale, surtout des parois inférieure et externe, qui convergeant en arrière déterminaient l'occlusion. C'est la surface postérieure de cette sorte d'entonnoir fermé que l'on entrevoyait par la rhinoscopie postérieure. Contrairement à ce qu'on observait dans des cas similaires où l'occlusion se produisait aussi à environ un centimètre en arrière du bord libre de la choane, la choane droite n'était pas inférieure comme dimension à celle de gauche ainsi qu'on pouvait s'en assurer par le palper digital. On remarquera que le plancher de la fosse nasale, constituant aussi la voûte palatine, contribuait à constituer l'entonnoir décrit ci-dessus en remontant en arrière; il en résultait plus d'ampleur du voile du palais qu'à l'état normal, le voile palatin semblait se détacher de la voûte du palais beaucoup plus près de l'arcade dentaire qu'on ne l'observe ordinairement. Cette extension exa-

gérée du voile palatin était surtout manifeste lors de la palpation digitale, ou même du simple examen, mais dans ce dernier cas, il fallait examiner le voile du palais contracté.

L'oblitération de la choane droite avait déterminé chez le malade la stagnation habituelle du mucus nasal dans cette région (donnant probablement lieu à l'hyperplasie de la muqueuse du cornet inférieur) la respiration nasale s'effectuait difficilement (seulement par la narine gauche et entravée par l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée); surdité assez prononcée à droite provenant d'une sténose tubaire due à l'aération insuffisante de la caisse. Deux symptômes signalés par les auteurs faisaient défaut chez notre malade : l'anosmie (les odeurs étaient bien perçues, même à droite), et l'augmentation de la sensibilité tactile de la muqueuse nasale affectée (le malade supportait parfaitement le maniement des instruments à l'intérieur du nez, même sans cocaïnisation).

Opération, sans chloroforme, rien qu'avec la cocaïne, effectuée de la manière suivante : d'abord avec un gros trocart droit, on perfore en avant le fond mince de l'entonnoir de façon qu'il ne reste qu'un fragment membraneux, en prenant des précautions pour éviter de léser la paroi pharyngée postérieure. A travers la large canule du trocart, on introduit dans le pharynx et dans la bouche une anse de fil d'acier, sur laquelle on adapte un tampon de gaze conique que l'on introduit dans l'ouverture, de façon à toucher violemment les parties intermédiaires plus voisines de l'ouverture pratiquée.

On laisse séjourner le tampon pendant vingt-quatre heures au bout desquelles on agrandit l'ouverture en avant soit avec une pince coupante, soit avec un bistouri boutonné. Actuellement l'ouverture est suffisante pour assurer le passage de l'air et de l'eau des lavages, mais il ne faut pas se dissimuler qu'il faudra la maintenir pendant un certain temps ainsi que l'introduction des tampons qui est aisée en avant et qui évitera une nouvelle soudure des bords de l'orifice artificiel.

Je crois utile d'attirer l'attention sur le procédé que j'ai employé pour perforer l'espace oblitérant sans hémorrhagie et presque sans douleur. Il offre sur d'autres méthodes employées par certains auteurs l'avantage de la rapidité puisqu'en deux séances on obtint une ouverture suffisante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 9 juin 1897.

Président : H. BUTLIN.

1. SPENCER. — Montre un spécimen *post-mortem* de laryngectomie pour tumeur maligne du cricoïde. — Cette présentation complète une observation antérieurement exposée ici, elle est intéressante à cause du siège de la tumeur et aussi relativement à l'opinion généralement admise que la laryngectomie est rarement indiquée dans ces cas.

Il s'agit d'une femme de 46 ans souffrant d'obstruction sous-glottique due à un épaississement de tout l'anneau cricoïdien. Les rapides progrès de la maladie engagèrent à tenter la laryngectomie. Le larynx fut enlevé complètement ainsi que trois anneaux de la trachée.

La malade fut soulagée. Au bout de trois mois, apparut une induration du cou. Le mois suivant la malade, s'affaiblit se cyanosa et mourut et cependant la respiration n'était pas plus gênée que chez ceux auxquels on fait la trachéotomie.

L'examen *post-mortem* montra que les poumons étaient fortement envahis par des nodules de la tumeur; il y en avait également dans le foie, dans les régions indurées du cou, la glande thyroïde et le médiastin, l'œsophage est normal; près de l'os hyoïde est une petite poche revêtue d'une muqueuse et communiquant par une petite fistule avec la peau. La trachée adhère à la peau mais n'est pas comprimée.

L'examen microscopique pratiqué par l'orateur et son collègue le Dr Hebb, donnait à penser à un chondro-sarcome du cricoïde. Le comité des tumeurs morbides a cependant déclaré qu'il s'agissait d'un carcinome.

La tumeur est dans toutes les coupes identique à elle-même.

2. LAKE. — Montre un échantillon microscopique d'amygdalite ulcéreuse aiguë. — Femme de 22 ans, prise subitement de mal de gorge le 1^{er} septembre 1896. Elle entra à l'hôpital où elle

demeura jusqu'au 3 octobre. L'ulcération, large comme une pièce d'un shilling, siégeait sur l'amygdale droite et était recouverte d'une escharre grisâtre, adhérente.

L'amygdale fut enlevée, cinq jours après la malade était guérie.

La coupe montre des bacilles et chainettes dans les portions les plus récentes de l'escharre, ils sont plus rares dans les anciennes. Ce fait vient à l'encontre des idées de Moure attribuant surtout les ulcérations à la compression et non aux microbes.

3. EDOUARD LAW. — Deux cas de perforation du palais avec hypertrophie des amygdales, du cornet inférieur et végétations adénoïdes excessivement nombreuses. — Adolescents de 15 et 13 ans, sœur et frère, opérés pendant leur enfance.

Le seul symptôme présenté par ces malades est une gêne dans l'articulation des mots.

La perforation étendue siège au milieu du palais : les amygdales sont épaissies, ainsi que le cornet moyen, les cloisons nasales renversées contre la paroi pharyngienne postérieure à travers une masse adénoïde.

Ces cas n'ont pas été suffisamment décrits dans les classiques pour qu'on puisse s'y reporter au sujet de l'indication opératoire.

Ces cas congénitaux diffèrent des cas acquis puisqu'il n'y a pas de fonction à restaurer, l'articulation des mots n'ayant jamais été bonne. Est-il possible de boucher la perforation par une opération? Vaut-il mieux recourir aux appareils prothétiques?

Il sera de toutes façons utile d'enlever les amygdales et les végétations avant d'envoyer les malades au chirurgien dentiste.

SPENCER croit que le garçon doit être opéré et qu'ainsi il n'aura pas toute la vie à porter un obturateur, il enlèverait les végétations après la restauration du palais. Le cas de la fille est moins favorable parce qu'elle est anémique.

SPICER propose d'enlever d'abord les végétations pour supprimer l'influence de la pression de l'air sur le palais déterminée par la respiration buccale.

GRANT a eu de bons résultats en enlevant les portions hypertrophiées de muqueuse nasale.

BUTLIN enlèverait d'abord les végétations. Mais il considère ces deux cas comme peu favorables.

4. BOND montre : 1° un cas de tumeur kystique de la glande de Luschka ; — 2° un de laryngite membraneuse dont l'intérêt est qu'au lieu du bacille de Klebs-Löffler on a trouvé le bacille

pyocyanique ; — 3° Une tumeur récurrente du larynx. — La tumeur trilobée, lisse, était implantée sur la partie postérieure de la corde vocale supérieure gauche et tombait entre les cordes vocales ; elle avait le volume de deux petits pois. La section montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale à caractères non ordinaires ; l'orateur la soumet à l'examen du comité des tumeurs.

5. JOBSON HORNE. — Syringomiélie avec parésie de la moitié gauche du voile du palais et des abducteurs de la corde vocale gauche. — Femme de 31 ans, vue par le Dr Butlin en mai 1896, qui note la main en griffe, un peu de faiblesse du deltoïde gauche ; la marche est normale ; exagération du réflexe du genou, pas de clonus du pied. Un peu de ptose des paupières gauches depuis la naissance. Nystagmus à caractère rotatoire plus marqué à gauche. Examen ophtalmoscopique négatif. Muscles de la face intacts. Sensations tactiles parfaites. La sensibilité à la chaleur et à la douleur sont altérées. Pas de réaction de dégénérescence.

L'intérêt spécial de ce cas est dans la parésie de la corde vocale gauche et de la partie gauche du voile du palais. Les tissus qui recouvrent les aryténoïdes sont le siège de mouvements rythmiques pendant la respiration qui cessent pendant la phonation. On peut attribuer ces mouvements à un affaiblissement musculaire et à un défaut du tonus de coordination de l'appareil moteur. L'état de la malade malgré la médication n'a pas sensiblement changé depuis un an.

HAVILLAND HALL. — Ce cas montre l'intérêt de l'examen du larynx même lorsqu'il n'y a pas de signes de ce côté. Ils sont très rares, dans le seul qu'il a vu il y avait paralysie du trapèze.

SEMON. — Un autre cas a été présenté mais qui différerait de celui-ci, qui était intéressant par l'absence de dyspnée et la monotonie de la voix. Le mouvement du cartilage aryténoïde gauche avait un caractère choréique.

SPICER pense que les mouvements de l'œil et du palais sont synchrones.

LACK. — Le malade qu'il a montré avait des crises avec paralysie d'une moitié du voile du palais et double paralysie des abducteurs du larynx.

JOBSON HORNE. — Dans son cas n'a vu ni paralysie du trapèze ni crises.

6. CLIFFORD BEALE. — Cancer du larynx et de la trachée, causant l'obstruction de cette dernière et une double paralysie des cordes

vocales. — Homme de 55 ans souffrant depuis le mois de mai de toux persistante avec légères hémoptysies, de dysphagie, de dyspnée, d'amaigrissement et d'insomnies. Pas de tuberculose. La glotte était suffisamment libre, mais il existait un peu d'obstruction à la partie inférieure de la trachée. La déglutition des liquides en petite quantité s'accompagne de toux produite par l'introduction de quelques gouttes dans le larynx. La déglutition des solides est plus facile, mais avec sentiment d'un obstacle au niveau de la poignée du sternum. La sonde œsophagienne s'arrête à environ 20 centimètres de l'arcade dentaire. Le malade succomba par affaiblissement progressif. L'autopsie révèle un épithéliome de l'œsophage enveloppant la partie inférieure de la trachée et les ganglions péribronchiques. Le tronc du nerf vague droit est perdu dans la tumeur ainsi que le récurrent gauche. La tumeur faisait saillie dans la trachée qui communiquait avec l'œsophage par une fistule tortueuse. Sur les côtés de l'œsophage qui n'était pas dilaté la tumeur était renflée en forme de poche. Ce cas montre l'inutilité de la trachéotomie lorsqu'il y a double obstruction et le danger de sonder avec la bougie œsophagienne qui pourrait provoquer une hémorrhagie car la tumeur est très vasculaire.

BOND rappelle un cas de double parésie des abducteurs chez un malade syphilitique présentant une tumeur de la base de la langue présentée par le Dr Saint-Clair Thomson. Depuis, le patient a succombé. La tumeur linguale était un épithéliome. La double parésie était due à la destruction du récurrent droit et à la compression du gauche.

7. — WAGGETT. **Paralysie unilatérale avec déplacement de l'aryténoïde et dyspnée.** — Cette paralysie du nerf récurrent gauche est survenue chez une jeune femme de 22 ans. Elle datait de son enfance. Elle était sujette à des crises de dyspnée qui sont devenues plus fréquentes. Pas de sténose trachéale, ni d'affection pulmonaire malgré une déformation de la poitrine, due à des grosses amygdales enlevées il y a trois ans seulement.

La corde vocale gauche est immobile dans la position cadavérique, la droite n'atteint que le milieu de sa course. La corde paralysée est très courte et le cartilage aryténoïdien est attiré en avant et en dedans. Les antécédents d'adénite tuberculeuse de cette malade donnent à penser que la paralysie est due à une névrite du récurrent pris dans les ganglions médiastinaux malades.

8. SAINT-CLAIR THOMSON. — **Laryngite hypertrophique avec rhinite atrophique et pharyngite consécutives à une fièvre typhoïde compliquée de diphthérie.** — Homme de 40 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, prit la diphthérie avec paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche.

Depuis, à plusieurs reprises, le malade eut des croûtes dans le nez ; la voix est éraillée, la gorge sèche.

Les cordes vocales sont bien mobiles. Il y a hypertrophie de la région aryénoïde et des cordes vocales supérieures. L'épiglotte et la luette ont, en partie, disparu et le pharynx est le siège de cicatrices.

Ce cas montre les lésions considérables que peuvent amener la fièvre typhoïde ou la diphthérie dans le pharynx et le larynx.

L. R. REGNIER.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Congrès de Montréal. — Août et septembre 1897.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE

(Brit. med. journ, 1897, p. 1897).

1. GREVILLE MAC-DONALD. — **Le but et les limites de la turbinotomie.** — La turbinotomie est une opération fréquemment utile, mais il ne faut enlever que la portion strictement nécessaire et ce n'est jamais que le bord antérieur et inférieur de l'os, si tant est que le cornet osseux est démesuré ou adhérent ; le plus souvent les opérations sur la muqueuse suffisent pour peu qu'on sache dépister les masses hypertrophiques dans la concavité du cornet, non seulement l'hypertrophie de l'extrémité postérieure. Mais il faut bien se garder de détruire sans nécessité une partie de la muqueuse, du tissu érectile si indispensable à la sécrétion ; l'auteur rappelle ses expériences qui prouvent que la sécrétion tombe de moitié ou des deux tiers quand le tissu érectile est collaté par suite d'une application de cocaïne, aussi l'air inspiré n'a-t-il plus l'humidité nécessaire ; d'ici quelques années on verra certainement des pharyngites et des laryngites chroniques dues à la destruction trop radicale des cornets inférieurs.

2. CARMALT JONES. — **Quelques conséquences de la turbino-tomie.** — En compulsant les observations de cent individus qui ont subi la turbinectomie (Spokeshaving), l'auteur trouve que soixante ont vu disparaître ou grandement diminuer des bourdonnements d'oreilles, l'ouïe s'améliorant en même temps ; beaucoup de patients qui respiraient par la bouche, ont acquis la respiration nasale en perdant le facies typique, stupide des obstructions nasales.

Un certain nombre de jeunes filles anémiques se sont rétablies à la suite de la turbinotomie sans traitement médical. Un enfant de 4 mois, ne pouvait pas téter par suite de l'obstruction nasale ; il n'y avait pas de végétations adénoïdes, mais les narines se trouvaient bouchées par l'extrémité postérieure hypertrophiée des cornets inférieurs ; aussi 24 heures après la turbinotomie l'enfant prenait-il le sein normalement. Quelques affections oculaires se trouvèrent guéries à la suite de la turbinotomie.

Il y a eu dans un cas une hémorrhagie secondaire des plus graves huit jours après la turbinotomie. La céphalalgie est fréquente et de durée variable, en général guérie par le bromure.

M. DELAVAN partage la manière de voir de M. Mac-Donald, l'os n'est pas hypertrophié dans sa partie postérieure, des ablations modérées, presque uniquement des parties molles, sont suffisantes dans l'immense majorité des cas, pourvu que l'on songe en même temps à l'hygiène générale des patients ; aucun fait ne justifie l'extirpation partielle des cornets que préconise M. Jones, les mêmes résultats étant obtenus par des moyens plus doux.

3. R. P. LINCOLN. — **Des méthodes opératoires.** — L'auteur insiste d'abord sur la nécessité d'aseptiser le nez avant et après l'opération par des lavages à l'aide de solutions alcalines, répétés trois fois par jour ; puis par des pulvérisations de sublimé à 1 p 3 000 ou 5 000 et d'éther iodoformé ; il ne faut pas compter sur le pouvoir microbicide du mucus nasal, toujours altéré ; suit la description des divers moyens de destruction chimique ou instrumentale.

M. LENNOX BROWNE est partisan des petites interventions et croit les turbinotomies étendues inutiles et illogiques. Il faut éviter ces opérations chez les nourrissons et chez les enfants et il faut toujours chercher les autres causes d'obstruction nasale avant de s'attaquer aux cornets ; l'examen histologique des cornets enlevés montre qu'ils sont bien rarement pathologiques.

— La cocaïne est une cause de l'abondance de l'hémorrhagie et l'auteur a l'habitude de dissoudre la cocaïne dans l'hazeline pour éviter cet effet autant que possible.

MM. Permewan, Daly et Warden sont tous d'accord pour rejeter la turbinectomie et même la turbinotomie étendue.

4. J. H. BRYAN. — **Contribution à l'étude de l'anatomie de la région fronto-ethmoïdale.** — Les cellules fronto ethmoïdales, logées entre le sinus frontal et l'ethmoïde de chaque côté, ne communiquant pas avec ses régions à l'état normal, participent presque toujours à la suppuration du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales et ainsi s'explique parfois la résistance de la suppuration au traitement dirigé contre le sinus seul ; il faut dans tous les cas d'empyème chronique ouvrir ces cellules et faire largement communiquer le sinus frontal avec le nez. — Les rapports entre ces cavités frontales et le sinus maxillaire sont d'une importance très grande ; l'anatomie et la clinique montrent qu'il existe souvent une disposition telle de l'infundibulum que l'écoulement du sinus frontal se fait directement dans le sinus maxillaire et que le liquide n'arrive de là dans le méat inférieur que par regorgement, ce qui rend compte de bien des suppurations rebelles de l'antre d'Highmore. Brown a trouvé cette disposition dans 13 cas sur quinze crânes examinés, la fréquence de cette « anomalie » donne bien à penser. Chez un malade tous les traitements possibles furent employés contre un empyème de l'antre durant sept ans, le pus s'y tarit le jour où le traitement fut dirigé contre les cellules ethmoïdales enfin reconnues malades, cariées.

5. FLETCHER INGALS. — **Les relations entre les affections du nez et la tuberculose pulmonaire.** — Il serait trop long de répéter les différentes combinaisons de chiffres qui conduisent l'auteur à la conclusion que la tuberculose paraît être plus rare chez les individus atteints de catarrhe nasal que chez ceux qui ont le nez sain ; il ajoute que ce fait n'aurait rien de choquant la logique, le catarrhe nasal faisant partie souvent d'un état hypérémique tandis que la tuberculose s'ente sur l'anémie.

6. DALY. — **La signification de la paralysie laryngée.** — Aucun fait nouveau n'apparaît dans cette communication ni dans la discussion qui la suit.

7. JOHN O. ROE. — La correction des difformités nasales par les opérations sous-cutanées. — L'analyse du *Brit. med. journ.* ne contient pas la description des procédés opératoires s'appliquant aux diverses déformations possibles, mais seulement quelques principes de chirurgie générale. M. N. W.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 26 octobre 1897 ⁽¹⁾.

Président : Prof. URBANTSCHITSCH

Secrétaire : POLLAK

1. POLITZER. — Traumatisme du crâne. Ecoulement sanguin par les deux oreilles. Paralysie faciale bilatérale sans troubles marqués de l'ouïe. — P. présente un jeune homme de 26 ans, employé dans une fabrique de papier, qui, le 16 septembre, eut la tête engagée entre la roue d'une machine et un mur, de sorte que la partie latérale du crâne fut fortement comprimée. Il ressentit des craquements dans la tête. Aussitôt après, survinrent des hémorragies auriculaires très abondantes, le malade se plaignit de bourdonnements et d'une dureté d'oreille prononcée. Deux jours après l'accident, apparut une paralysie faciale bilatérale, l'hémorragie cessa, et seul un écoulement liquide incolore subsista pendant quelques jours. Au bout de cinq jours l'écoulement auriculaire était complètement tari, et l'audition s'améliora rapidement, au point qu'en dix jours, l'ouïe était presque normale à gauche, tandis qu'à droite on notait encore un certain degré de surdité et de légers bruits.

A l'examen on vit sur la partie droite du crâne, au-dessus du pavillon, un espace long de 8 à 10 centimètres dépouillé de cheveux, les deux pavillons étaient normaux, sur le conduit auditif externe et les tympans on voyait plusieurs ecchymoses irrégulières d'un brun noir. Voix chuchotée perçue à 10 millimètres à gauche et à 5 millimètres à droite. Weber latéralisé à droite. Rinne positif. Les sons élevés et graves sont également

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.* 2 décembre 1897.

perçus. Par la Politzération l'audition s'étend à 40 millimètres à droite.

Paralysie faciale bilatérale. Quand le malade parle les muscles de la face demeurent rigides et immobiles. Le malade peut seulement contracter faiblement les muscles labiaux. L'auteur croit être en présence d'une fissure de la calvaria se prolongeant à travers les deux temporaux et atteignant par la paroi postéro-supérieure du conduit auditif la paroi postérieure de la cavité tympanique à travers le canal de Fallope. C'est certainement qui a provoqué la paralysie des nerfs faciaux. On remarquera que la lésion n'a pas atteint le labyrinthe, ce qui s'explique en ce que le choc s'est produit derrière la capsule labyrinthique à travers les deux conduits faciaux.

Politzer pense que la paralysie faciale disparaîtra après la résorption de l'écoulement sanguin. Traitement ioduré ; frictions mastoïdiennes iodées et galvanisation des nerfs de la face.

2. GRUBER. — Exfoliation du limaçon osseux. — Homme de 30 ans ayant subi quatre ans auparavant la trépanation de l'apophyse mastoïde gauche. L'exfoliation survint au cours de la cicatrisation par le conduit auditif externe. Le malade à ce moment entendait encore du côté lésé. Le son d'un diapason appliqué au crâne ou à l'apophyse mastoïde droite était toujours latéralisé à gauche. Si l'on posait le diapason vibrant sur l'apophyse mastoïde gauche, le malade accusait une perception dans l'oreille gauche.

Pendant trois ans l'otorrhée gauche avait totalement disparu et le malade jouissait d'un excellent état général, mais l'écoulement ayant reparu depuis huit jours, il est revenu à la Clinique. On ne voit qu'une légère inflammation de la caisse. L'examen du pouvoir auditif donne les mêmes résultats qu'il y a quatre ans, sauf que le malade entend un peu moins bien depuis que l'écoulement est revenu. Gruber est d'avis que dans les cas de destruction labyrinthique partielle, l'ouïe n'est pas toujours tout à fait abolie du côté correspondant.

3. F. ALT. — Exfoliation de l'extrémité du limaçon. — Survenue au cours d'une otite moyenne suppurée chronique avec formation de polypes chez un enfant de 14 ans. Aucune participation du facial et vertige à peine appréciable.

Perte de l'audition par la conduction aérienne du côté malade. Weber latéralisé du même côté en bouchant les deux oreilles,

en oblitérant soit l'oreille saine, soit l'oreille malade et en mettant le diapason sur divers points de la tête. Le symptôme persista environ cinq semaines. Lorsqu'à ce moment, l'écoulement ayant cessé entre temps, le malade vint consulter Gruber, le Weber était latéralisé par l'oreille saine.

ALT cite les observations de Jacobson, Lucae, Christinnek, Schwartz, Gruber, Cassels, Burckhardt-Mérian, Hartmann, Guye, Stepanow, Habermann, etc.

BEZOLD est d'avis que l'audition ne peut subsister pour l'oreille privée de labyrinthe, selon que l'autre oreille est malade ou normale, la conduction osseuse peut être raccourcie ou prolongée.

LUCAE partage cette opinion et ajoute que si le son d'un diapason appliqué au crâne est mieux perçu par l'oreille privée de labyrinthe que par l'oreille saine, on déduira seulement que le tronc des nerfs auditifs est normal en apparence.

GRUBER croit que l'audition n'est pas forcément abolie dans les cas de destruction labyrinthique partielle.

Politzer dit que la latéralisation particulière de l'épreuve de Weber provient de ce que ces cas sont toujours compliqués d'otites moyennes et que la perception s'effectue par le vestibule et les ampoules.

ALT fait observer que les oscillations du diapason agissent non-seulement sur les os de la tête, mais aussi sur le nerf acoustique.

Discussion.

BING pense que la latéralisation de l'épreuve de Weber du côté de l'oreille privée de labyrinthe s'explique clairement par la théorie de Mach, suivant laquelle les oscillations intensives du diapason agissent sur les restes de l'appareil nerveux auditif à travers les os. Si l'on oblitère avec le doigt l'autre oreille saine, on latéralise l'épreuve de Weber du côté normal.

POLLAK rapporte qu'un de ses malades atteint d'exfoliation hémilatérale du limaçon était totalement sourd tant pour la conduction osseuse que pour la conduction aérienne, mais que les sons étaient perçus lors de la galvanisation de l'oreille. Il en conclut que le tronc acoustique, excité, peut encore transmettre les sensations auditives.

4. URBANTSCHITSCH a noté sur les tableaux oculaires internationaux de Burckhardt, reproduisant de gros points rangés diversement, l'effet de certains sons sur l'oreille, ainsi que les

diversités d'excitation des nerfs sensibles de la tête, du cou. Dans un cas, les sons isolés du contre fa au fa⁴ produisaient des sensations de mouvements des points isolés, des compressions à gauche, du grossissement ou une diminution.

Les sensations de mouvement se produisent aussi chez des sujets non nerveux et varient selon les jours.

5. GOMPERZ montre un appareil construit sur les indications du Dr Th. Beer pour les **pulvérisations nasales** et un appareil réfrigérant pour l'oreille modifié par l'auteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Séance du 27 octobre 1897 (1).

Président : J. W. GLEITSMANN.

Secrétaire : T. P. BERENS.

1. W. FREUDENTHAL. — **Un cas de rhinosclérome.** — Galicien de 49 ans, marié à 22 ans ; six enfants bien portants. A souffert à 15 ans de douleurs articulaires.

Il y a quatorze ans, tuméfaction nasale qui a rapidement progressé.

Lorsqu'en 1893, F. vit le malade, le nez était dur au toucher comme de l'ivoire et était devenu immense. Occlusion bilatérale des narines.

Depuis l'hypertrophie nasale a augmenté. Le nez est traversé par de nombreux vaisseaux sanguins qui ne paraissent durs que lorsqu'on appuie profondément. Tissu cicatriciel dans le larynx. Début d'ulcération. La respiration est difficile, le malade a porté pendant sept ans une canule à trachéotomie. Le sclérome a gagné la trachée et il faut deux ou trois fois par jour enlever avec une sonde le pus qui envahit la trachée. Hémorrhagies abondantes au cours de ces dernières années. Le malade est très affaibli.

En examinant la trachée, on distingue seulement une masse de pus et de sang.

(1) D'après le compte rendu du *Laryngoscope*, décembre 1897.

2. J. W. GLEITSMANN. — **Tuberculose laryngo-pulmonaire guérie.** — G. lit une lettre du médecin traitant, Dr Schalk, relatant l'état de la malade avant le curettage laryngien.

Pendant l'hiver de 1894 M. S. se plaignit de toux avec expectoration et sueurs nocturnes. Elle raconte que sa mère est morte de phthisie laryngée à la suite de couches. A l'examen on remarque une infiltration du sommet gauche. Respiration sifflante. Légère crépitation; d'autre part, la malade a une apparence robuste, se nourrit bien et semble en parfaite santé. Les crachats contiennent des bacilles tuberculeux en nombre modéré. Petit à petit l'état s'empira, la malade maigrit et à l'examen des crachats on distingue des bacilles tuberculeux dans des cultures pures.

A la même époque, M. S. qui continuait à vivre dans des conditions hygiéniques défavorables, perdit un de ses enfants de méningite tuberculeuse d'origine infectieuse certaine.

Peu de temps après la raucité apparut et au laryngoscope on reconnut un ulcère de la corde vocale gauche. Les deux aryténoïdes, les fausses cordes et l'épiglotte étaient gonflés et couverts de mucus. En mars 1897, la malade mit au monde un enfant bien portant, mais pendant ses couches elle était dans un état pitoyable, ne pouvant avaler qu'un verre de lait et seulement après une pulvérisation de cocaïne. Comme l'amélioration n'était que temporaire, la malade fut adressée à Gleitsmann qui pratiqua le curettage dont le succès dépassa toutes les espérances.

La malade entra à l'hôpital allemand le 27 mai 1897. La cocaïne en badigeonnages n'agissant pas, on fit dans le cartilage aryténoïde droit tuméfié une injection sous-muqueuse qui provoqua une hémorrhagie. G. renonça alors au curettage et injecta une solution d'acide lactique à 50 % dans les infiltrations aryténoïdiennes. Au bout de quelques jours le côté gauche était redevenu sain et le cartilage aryténoïde droit réduit et plus ferme permit d'exciser le 9 juin la portion aryténoïdienne droite tuméfiée et la paroi postérieure.

La déglutition demeura pénible pendant un certain temps. Le traitement local fut accompagné d'une médication interne.

Le 30 juin on remarque une infiltration de la paroi postérieure externe qu'on extrait avec la double curette de Heryng; après cette opération la malade avale sans douleur.

Sortie de l'hôpital le 15 juin, la malade passe l'été dans le comté de Sullivan, New-York. Elle gagne 25 livres, se trouve à

merveille, sa voix est forte et seulement légèrement voilée ; la poitrine est en parfait état. A l'intérieur du larynx, les cordes vocales sont légèrement rougies et la phonation presque normale. La malade a l'intention de passer encore quelque temps à la campagne.

3. T. R. CHAMBERS. — **Extraction de deux fragments très importants d'os nécrosés de l'antre à travers la fosse nasale droite.** — C. L. 25 ans, bons antécédents. Deux frères et une sœur morts enfants. Un frère vivant, bien portant.

Le malade a peu d'appétit et mange juste assez pour se soutenir.

Il est un objet de répulsion pour lui-même et pour les autres en raison de l'odeur pénétrante s'échappant du nez et de la bouche.

Trois semaines auparavant il fut adressé à l'auteur pour des douleurs dans l'antre s'irradiant à la mastoïde et à l'occiput.

Vérole noire à deux ans, accompagnée de convulsions durant 5 heures et suivie de strabisme externe de l'œil droit. Entre 14 et 15 ans, diphthérie, puis scarlatine. Plus tard rhumatisme articulaire. Chutes au cours desquelles il se blessa l'œil droit, puis se cassa un fragment de dent et eut le nez endommagé.

Il y a deux ans et demi, tuméfaction de l'antre droit persistant six mois et terminé par un abcès de la région lacrymale droite.

Au cours de ces deux dernières années le malade a souffert de crises de dyspnée qui ont mis sa vie en danger.

Examen du 21 octobre : les narines sont complètement obstruées par des détritits fétides. Epaississement du larynx et de la base de la langue.

Après avoir nettoyé la narine droite avec une sonde garnie d'ouate, on détacha une parcelle d'os nécrosé qui fut retirée après cocaïnisation à travers la narine droite.

Légère hémorrhagie qu'on arrête à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène à 3 %.

Le 23 octobre extraction du nouveau séquestre.

Actuellement le malade est très amélioré. Il perçoit l'odeur du tabac, tandis qu'avant il ne reconnaissait pas celle de l'ammoniaque. Les nuits sont bonnes et l'appétit est excellent, il songe à reprendre ses occupations.

Un troisième séquestre fut retiré le 29 octobre.

4. H. L. SWAIN. — **Polypes du nez et autres.** — Les polypes typiques du nez se rencontrent surtout dans la région nasale supérieure, du côté du cornet moyen; ils se développent souvent à la suite d'un catarrhe.

L'auteur compare ensuite les hypertrophies aux polypes et entre dans de longs détails.

**TROISIÈME CONGRÈS BIENNAL
DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE
OTOLOGIE ET RHINOLOGIE**

Rome, 28-30 octobre 1897.

Compte rendu par le Prof. G. GRADENIGO.

Séance du jeudi 28 octobre.

Président : GRAZZI (Florence).

Membres présents : AJELLO, BORGONI, DAMIENO, FASANO, GARZIA, MARTUSCELLI, PROTA, VALENTE (Naples); ARSLAN (Padoue); AVOLEDO, CLERICETTI, DELLA VEDOVA (Milan); CARDONE (Foggia); CHIUCINI, EGIDI, GHERARDO FERRERI, GRANA, KOCH, G. MINGAZZINI, NUOLI, ROSATI (Rome); D'ERCOLE, DIONISIO, GRADENIGO (Turin); GIULIO FERRERI (Sienne); GERONZI (Fermo); GRAZZI (Florence); GUARNACCIA (Catane); MASINI ET POLI (Gênes); PALAZZOLO (Agira); SECCHI (Bologne) ZAPPAROLI (Mantoue).

Se sont excusés : ABATE (Catane); BOBONE (San Remo); BRUNETTI ET PUTELLI (Venise); CAMPI (Livourne); d'AMATO (Rome); FICANO (Palerme); FOLCO (ONEGLIA); GENTILE, ISAIA, MASSEI, MORRA ET TRIFILETTI (Naples); LABUS ET NICOLAI (Milan); MORPURGO (Trieste); RONCALLI (Bergame); STRAZZA (Gênes).

DELSTANCHE (Bruxelles), M. SCHMIDT (Francfort-sur-Mein), et SEMON (Londres) membres honoraires ont excusé par lettre leur absence en faisant des vœux pour la réussite du Congrès.

Le président prononce le discours inaugural. Il commence par faire remarquer que la séance d'ouverture a lieu dans l'intimité sans la présence de représentants des autorités officielles qui participèrent à la première session tenue avec solennité à Rome en 1892. G. rappelle que le but de la Société n'est pas seu-

lement de contribuer au progrès scientifique de nos spécialités mais qu'il tend à les vulgariser parmi les médecins et le public; du reste, plusieurs des communications annoncées sont écrites dans ce sens.

GRAZZI prononce ensuite l'oraison funèbre du Dr CORRADI, secrétaire de l'Association, décédé à 37 ans et loue ses mérites, comme savant, comme praticien et comme collaborateur intelligent des précédents Congrès.

ZAPPAROLI prend alors la parole pour faire l'éloge de Corradi dont il a été l'ami et l'élève.

GRADENIGO fait observer que pour la première fois le Prof. MASSEI manque à la Réunion, étant retenu à Naples par des devoirs de famille. Il propose que l'Assemblée envoie à Massei ses souvenirs affectueux et ses souhaits pour le prompt rétablissement de la santé de son père.

La proposition Gradenigo à laquelle Masini s'associe est adoptée à l'unanimité.

1. GH. FERRERI. — **Rapport sur la valeur de l'autoscopie dans le diagnostic et le traitement des affections laryngées.** — Monographie complète de la question. Après avoir décrit l'historique de la laryngoscopie et de l'autoscopie, l'auteur insiste sur les tentatives faites par divers auteurs et publiées dans les journaux médicaux pour voir directement l'intérieur du larynx de l'homme en vie. F. Parle ensuite du procédé et des instruments de Kirstein qu'il décrit en détail. Il passe aussi en revue les jugements qu'il a recueillis sur la valeur de la méthode auprès des principaux spécialistes italiens et étrangers dans une sorte d'enquête. L'auteur a ainsi l'occasion d'exposer un à un les avantages et les inconvénients de la laryngoscopie directe avec le spéculum de Kirstein et de les comparer à ceux de la laryngoscopie par le miroir.

FERRERI trouve exagéré d'attribuer à cet instrument la valeur d'une découverte, tandis qu'à vrai dire c'est un retour en arrière. En tout cas Kirstein a eu le mérite d'appliquer une méthode d'examen systématique et pratique.

S'il est vrai que par ce procédé, l'œil de l'opérateur puisse pénétrer dans le larynx, Ferreri ne croit pas qu'il puisse y introduire en même temps un instrument. Soit la dimension de l'autoscope, soit l'instrument empêcheront l'opérateur de voir l'axe laryngo trachéal à moins que la bouche du malade ne soit très grande et sa langue petite.

Quant à la lumière à employer, Ferreri trouve peu pratique la lumière solaire projetée directement dans le larynx ; elle est incommode étant recueillie en haut avec un miroir plat pour être projetée dans le larynx qui reste en bas. Les lampes électriques sont préférables à la lumière Auer. Chez des individus très maigres, Ferreri a pu examiner directement le larynx par transparence, en disposant un puissant réflecteur électrique à l'extérieur et d'un côté du cou.

Tandis que l'instrument de Kirstein devrait faciliter l'examen et la chirurgie endo-laryngienne, il résulte des expériences de Ferreri que la main et l'œil doivent être très exercés pour agir dans un but diagnostique et thérapeutique.

De plus, l'instrument de Kirstein n'est pas toléré par tout le monde. Dans la majeure partie des cas de Ferreri l'application en eut été impossible sans une cocaïnisation énergique de 5 ou 10 % ; souvent la gêne subsiste pendant plusieurs heures. Du reste chez les enfants, du moins en Italie, aucun spécialiste ne pourrait se servir de l'instrument en question sans employer le chloroforme.

La laryngoscopie directe ne peut remplacer la laryngoscopie ordinaire, sinon dans un nombre restreint de cas. La première s'adapte bien à l'examen de la partie basse du pharynx et de l'orifice œsophagien, de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, du bord postérieur du larynx.

Les portions plus profondes du larynx ne sont visibles que dans quelques cas par l'examen direct, et d'une façon si passagère que le procédé aide peu à l'observateur et que seuls un long exercice et la connaissance de la pathologie spéciale peuvent déterminer un diagnostic judicieux. C'est surtout sur la fugacité de l'observation que Ferreri insiste comme inconvénient grave de la méthode. Des expériences faites sur des sujets très habitués à l'examen laryngoscopique ont été négatives avec le nouvel instrument parce qu'il a été impossible d'en prolonger l'application durant le laps de temps nécessaire à un diagnostic précis de nature et de siège. Et si l'on tient compte qu'une conformation spéciale de la bouche s'ouvrant largement, le développement modéré de la langue, l'absence des lésions épiglottiques sont des conditions indispensables à l'emploi de l'instrument, on reconnaîtra que son application pratique est encore plus limitée.

Ferreri attire ensuite l'attention sur les modifications de coloration, de vascularisation et de mobilité des parties pouvant être déterminées par la pression de la spatule de manière à gêner

le diagnostic. En outre, il faut prendre en considération les troubles d'innervation pouvant être occasionnés par l'introduction de la spatule et la position anormale du malade durant l'examen. Tous ces inconvénients sont évités avec la laryngoscopie.

Les avantages de la méthode sont indiscutables chez les enfants, mais on sait que jusqu'ici l'examen endo-laryngien de l'enfant est très rarement fait et que le spécialiste doit toujours céder la place au chirurgien général.

Ferreri trouve la méthode de Kirstein bien plus utile pour la médication que pour les opérations. Pour les dispensaires, l'instrument offre l'avantage de se stériliser parfaitement pour les médications endo-laryngiennes.

L'auteur résume son rapport en reconnaissant que le nouveau procédé de Kirstein doit être considéré comme la plus importante nouveauté parmi les ressources techniques destinées au traitement du larynx. Au point de vue opératoire il est peu avantageux, puisque le spécialiste intervient souvent sur la partie antérieure des cordes vocales. Le seul instrument que l'auteur employa avec sécurité fut la curette. Toute autre forme d'instrument, anse, pince ou ciseau est difficile à employer car les malades ne supportent pas une application aussi prolongée de la spatule que du miroir.

Ferreri se loue également du nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers de l'entrée de l'œsophage et de l'orifice laryngien ainsi que pour faciliter la dilatation graduelle des sténoses laryngées chroniques par les tubes de Schrötter.

Discussion.

PALAZZOLO a été satisfait de l'examen direct du larynx par le procédé de Kirstein, surtout pour l'ablation des corps étrangers du larynx. Il a toujours employé la lumière solaire. P. rapporte un cas où il réussit à extraire une sangsue implantée à la surface de l'épiglotte. Le malade qui ne supportait pas le miroir se prêta facilement à l'emploi de la spatule.

2. G. GRADENIGO. — **Rapport sur l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée (végétations adénoïdes).** — L'auteur a choisi comme sujet de son rapport les végétations adénoïdes rhino-pharyngiennes, parce que cette affection, très répandue aussi en Italie, intéresse deux fonctions principales, la respiration et la phonation, qu'elle engendre des troubles graves, tant généraux que lo-

caux, qu'elle échappe encore aujourd'hui à la connaissance de la plupart des médecins, et que d'autre part, il a eu l'occasion de faire étudier à sa clinique au cours de la précédente année scolaire certaines questions spéciales se rattachant à cette question, ce qui lui permet d'émettre une opinion personnelle sur les points les plus controversés. G. a été aidé dans ses recherches par les Dr C. Biaggi, de Milan, A. Luzzatto, de Venise, C. A. Ricci, de Trévise, A. de Simoni, de Cagliari, auxquels il exprime sa reconnaissance.

Dans son rapport, il ne s'occupera que des principaux éléments de ce vaste sujet.

En premier lieu, l'auteur discute la dénomination usitée de *végétations adénoïdes* qui, adoptée à la suite des idées que l'on avait autrefois sur cette affection, ne correspond plus à l'aspect clinique au sens moderne, puisqu'on n'est pas en présence de végétations, mais de l'hyperplasie d'un organe bien défini, l'amygdale pharyngée. G. propose l'appellation d'*hyperplasie adénoïdienne*, terme très pratique par sa brièveté et par les dérivés que l'on peut en tirer (type adénoïdien, adénoïdites, etc.), et qui, d'autre part, répond bien non seulement au point de vue anatomique mais aussi histologique. Il est entendu que le terme *adénoïde* se rapporte par antonomasie au tissu adénoïde rhino-pharyngien. L'hyperplasie de l'amygdale pharyngée représente dans la plupart des cas la lésion anatomique formant la base du tableau clinique bien connu; toutefois, l'auteur ne nie pas qu'on ne puisse rencontrer surtout chez les adultes des formes morbides dans lesquelles l'hyperplasie s'étend à tout le tissu adénoïde de la muqueuse rhino-pharyngienne, cas justifiant l'ancienne dénomination de végétations adénoïdes.

Les opinions de divers auteurs sur la fréquence de cette affection en Italie sont très divergentes; tandis que quelques-uns admettent une fréquence égale à celle des pays septentrionaux de l'Europe, d'autres la croient beaucoup moindre, et finalement certains en affirment la rareté. A l'appui de ces faits, G. apporte une statistique basée sur les statistiques de spécialistes italiens et étrangers pour l'Italie, la fréquence oscille de 0,3 % à 12 % sur tous les cas d'affections de l'oreille, de la gorge et du nez. A l'étranger le maximum est de 40 %. Les raisons de ces divergences sont variées. La principale est la facilité avec laquelle cette maladie demeure latente lorsqu'on ne la recherche pas; une autre raison provient de la difficulté d'établir si le développement de l'amygdale pharyngée est normal ou

anormal. Les observations de G. établissent la grande fréquence de cette hyperplasie qui existait chez 36 % des sujets âgés de moins de 15 ans venant consulter l'auteur pour des affections du larynx, du nez et de l'oreille, c'est-à-dire qu'un enfant sur trois était atteint. L'hyperplasie, rare pendant les premiers mois de la vie, bien que lorsqu'elle existe à cet âge, elle donne lieu à de fréquents accès de dyspnée, est surtout fréquente de 4 à 12 ans. Plus tard l'hyperplasie se heurte à un processus d'involution, et il serait imprudent de se fier à cette diminution spontanée de volume pour s'abstenir d'opérer. Les lésions pharyngées, auriculaires, les déformations du squelette auxquelles l'hyperplasie donne lieu ne rétrocedent pas, il s'agit au contraire d'un processus de cicatrisation avec altérations de la muqueuse pharyngienne.

Les chiffres divergent sur la fréquence de l'affection chez les sourds-muets. Lemcke l'a rencontrée dans 20 % des cas, tandis que le pourcentage de Uchermann est très inférieur. Biaggi a entrepris à Turin de nouvelles recherches dont il parlera lui-même. A propos de l'anatomie pathologique, Gradenigo montre quelques amygdales excisées par lui, et qui démontrent mieux la lésion que toutes les descriptions. Quant aux caractères histologiques, Luzzatto, de Venise, qui a examiné avec soin 50 amygdales enlevées à la clinique de Turin, a conclu qu'il s'agissait dans tous les cas d'une simple hyperplasie adénoïdienne et réfute les assertions de Michel Dansac qui distinguait trois sortes d'hyperplasie : scrofuleuse, syphilitique et lympho-adénique.

Une question controversée est celle de la tuberculose. Si la fréquence des localisations secondaires des processus tuberculeux dans la muqueuse rhino-pharyngée est hors de doute, au contraire l'existence des lésions tuberculeuses primitives dans l'amygdale hyperplasiée est très controversée. Après avoir passé rapidement en revue les résultats de Trautmann, Pilliet, Gottstein junior, Lermoyez, Gradenigo rapporte 2 cas sur 50 de cellules géantes et dans un des deux l'inoculation à un cobaye fut l'origine d'une tuberculose fort atténuée.

Les facteurs principaux de l'hyperplasie adénoïdienne sont l'hérédité et l'existence chez les ascendants d'une ou des deux infections chroniques : tuberculose et syphilis. On sait que l'auteur a déjà assigné les mêmes origines à certaines formes d'affections auriculaires; on peut donc admettre que la surdité progressive est souvent un dérivé, ou accompagne l'hyperplasie adénoïdienne.

Gradenigo distingue parmi les symptômes principaux :

1° Ceux qui sont dûs à l'oxygénation insuffisante du sang par insuffisance de l'air inspiré par la respiration buccale (anossémie ou plutôt hypossiémie) ;

2° Ceux qui proviennent de la diminution du volume de l'air inspiré par la bouche (déformations thoraciques, troubles de la phonation et du chant) ;

3° Ceux qui sont dûs aux propriétés irritantes de l'air inspiré à travers la bouche (pharyngites, bronchites, etc.) ;

4° Les accidents locaux par l'insuffisance de la fonction nasale (conformation défectueuse du nez et du palais) ;

5° Ceux qui proviennent de l'insuffisance fonctionnelle du pharynx (troubles auriculaires) ;

6° Ceux qui sont dûs à l'augmentation du mucus et à sa stagnation dans le rhino-pharynx (pharyngites infectieuses, etc.) ;

7° Symptômes particuliers en rapport avec le fonctionnement défectueux de la respiration, etc.) ;

A propos du quatrième groupe, l'auteur discute si l'on doit considérer comme exacte la théorie formulée par Michel et Bloch et défendue par Kœrner et son école, de la dépendance de l'existence des végétations adénoïdes, du palais dit ogival et de la disposition en V. de l'arcade dentaire supérieure, il discute les relations entre les déformations palatines et les déviations de la cloison nasale et rapporte les objections de Siebenmann qui voudrait attribuer les susdites malformations au type du squelette facial (lepto-prosopi). Il reconnaît que la question doit être approfondie.

Quant aux accidents auriculaires, l'auteur en expose la fréquence et les caractères ; il a rencontré dans environ 70 % des cas chez les enfants affectés des lésions auriculaires catarrhales ou purulentes, une hyperplasie et il insiste sur l'examen méthodique de chaque cas. G. affirme la rapidité de l'amélioration de l'audition à la suite de l'intervention ; seuls font exception les cas de lésions auriculaires anciennes ou ceux dans lesquels les troubles sont localisés à l'oreille interne. Même certains enfants considérés comme sourds-muets parce qu'ils ont une mauvaise ouïe, peuvent, à la suite de l'ablation de l'amygdale pharyngée hyperplasiée, gagner assez d'audition pour pouvoir apprendre à parler.

L'auteur a vu des cas de bégaiement typique guérir par la simple extirpation de l'amygdale hyperplasiée.

Par rapport au diagnostic, le type dit *adénoïdien* qui souvent

n'existe pas est seulement un critérium de probabilité ; le diagnostic exact s'effectue par la rhinoscopie antérieure et postérieure, par l'examen direct, recommandé récemment par Lindt et Hartmann ; par l'examen digital. Gradenigo discute chacune de ces méthodes en particulier, en énumère les avantages et les inconvénients et se déclare partisan de la palpation digitale dans la plupart des cas. Il discute ensuite les indications de l'intervention, qui est justifiée par l'existence de symptômes morbides bien manifestes de l'hyperplasie, surtout du côté de l'oreille. G. parle brièvement des traitements généraux et des cures médicales palliatives, discute les divers instruments proposés pour l'ablation et montre les principaux, depuis l'anneau originaire de Meyer jusqu'à la curette de Gottstein et de Schmidt, de Beckmann et de Kirstein à l'anse froide et aux pinces, à l'amygdalotôme. L'instrument auquel G. donne la préférence est toujours la curette de Gottstein avec une forme appropriée.

L'auteur passe ensuite à la discussion des indications de l'anesthésie, et trouve le bromure d'éthyle nécessaire seulement dans des cas spéciaux, tandis qu'il repousse systématiquement la chloroformisation. Quant aux soins préventifs et consécutifs, il établit le principe de l'asepsie et de la propreté, affirme la nécessité d'opérations complètes en une seule séance et s'insurge contre l'opinion émise par quelques auteurs modernes sur les propriétés bactéricides du mucus nasal qui sont démenties par la clinique et en contradiction avec les résultats de nouvelles recherches bactériologiques (Malato).

GRADENIGO conclut en affirmant qu'aucune intervention dans le champ de nos spécialités n'est aussi inoffensive pour le malade et ne donne de succès aussi brillants et aussi rapides que l'ablation de l'amygdale pharyngée hyperplasiée.

Discussion.

GRAZZI sur 157 sourds-muets de l'Institut royal de Sienne, a observé seulement un cas certain de végétations adénoïdes, mais il admet que vu la difficulté de l'examen direct de cette catégorie de malades, les cas cas bénins puissent échapper au diagnostic.

Il est d'avis que l'on ne doit opérer que lorsque l'hyperplasie adénoïdienne donne lieu à des accidents caractéristiques ou bien cause des récidives d'affections auriculaires.

Pour son propre compte, Grazzi n'a jamais observé que l'obs-

truction des voies respiratoires nasales chez les nourrissons soit l'origine d'accès de dyspnée comme l'affirme le rapporteur.

MASINI maintient ce qu'il a dit au Congrès de Pavie, c'est-à-dire que la fréquence des végétations adénoïdes varie selon les diverses régions, du moins en Italie. C'est dans les endroits où l'on rencontre le plus d'adénoïdiens que se trouvent aussi des masses de scrofuleux, tuberculeux, etc. Masini ne croit pas juste de restreindre à l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée la maladie désignée sous le nom de végétations adénoïdes, surtout chez les enfants, qui en sont affectés le plus souvent. Il admet l'existence d'hyperplasies adénoïdiennes circonscrites au tissu de l'amygdale pharyngée, et d'hyperplasies étendues au tissu adénoïde rhino-pharyngien. Il croit, de plus, que la cachexie dont souffrent ces malades, n'est pas entièrement imputable à une oxygénation insuffisante du sang, au sens affirmé par Gradenigo, mais qu'il faut aussi tenir compte de la suppression de sécrétion d'une substance éliminée de l'amygdale pharyngée et neutralisant certains poisons organiques particuliers ainsi que cela se passe pour la glande thyroïde. L'auteur rappelle les études d'Origène Masini sur le développement des végétations adénoïdes et les altérations générales qu'elles produisent. Il pense que les complications auriculaires dépendent d'altérations complexes, dues en partie à l'occlusion de la trompe, comme dans les cas de dégénérescence adénoïdienne diffuse et en partie à des inflammations de la caisse.

GRADENIGO remercie Grazi et Masini des objections qu'ils ont soulevées à propos de certains points de son rapport, car elles lui permettront de compléter certaines parties qu'il n'a pu que signaler rapidement en raison de l'étendue du sujet et du temps relativement restreint. A propos de la fréquence de l'hyperplasie adénoïde chez les sourds-muets, nous sommes tous d'accord pour admettre la difficulté d'un diagnostic précis chez ces sujets qui ne peuvent être soumis aux méthodes d'examen ordinaires.

Contrairement à Grazi, Gradenigo confirme les crises de suffocation que l'insuffisance de la respiration nasale détermine habituellement chez les nouveau-nés et les nourrissons, lorsque bien entendu l'occlusion nasale survient brusquement; G. a observé ces accidents non seulement dans l'hyperplasie pharyngée mais encore dans l'obstruction nasale par hématôme de la cloison.

L'auteur n'est pas d'accord avec Grazi pour intervenir seulement dans les cas d'hyperplasie bien déterminée, certaines formes demeurent latentes, ne causent pas d'accidents et se ma-

nifestent seulement par diverses complications dues à l'hyperplasie, surtout les sténoses tubaires avec rétraction tympanique. Dans tous ces cas, il faut rechercher l'hyperplasie, et si on la trouve, extraire l'amygdale, même lorsqu'à la palpation elle ne semble pas assez hypertrophiée pour nuire à la respiration nasale. On aurait tort de vouloir guérir directement la sténose tubaire et d'attendre l'involution spontanée de l'amygdale qui n'est jamais complète, et qui, par les troubles qu'elle occasionne, peut être comparée à un véritable processus de cicatrisation. La soi-disant atrophie des végétations adénoïdes est donc un malentendu ; le catarrhe rhino-pharyngien de l'adulte est bien souvent la conséquence de l'involution imparfaite de l'amygdale pharyngée.

Quant aux objections de Masini sur la fréquence de l'hyperplasie adénoïde en Italie, Gradenigo fait remarquer que Poli, qui exerce à Gênes, a une statistique suffisamment élevée, de 7 %. Contrairement à ce que semble affirmer Masini, Gradenigo n'admet pas l'influence des différents climats et des diverses régions sur la fréquence de cette affection, ou du moins dans une mesure fort restreinte.

Pour le siège de l'hyperplasie, Gradenigo admet que dans certains cas spéciaux, la lésion puisse se propager au tissu adénoïde rhino-pharyngien et ne pas se borner à l'amygdale, mais cette localisation est rare. Si après l'opération, la sténose tubaire cesse rapidement et que les troubles de l'oreille s'amendent ou disparaissent, cela ne veut pas dire que le tissu hyperplasié corresponde aux pavillons tubaires parce que le fait se produit même lorsque l'amygdale hypertrophiée est extraite totalement par un seul coup de curette porté dans la ligne médiane. Ces cas sont interprétés dans le sens que l'hyperplasie amygdalienne obstruait toutes les choanes ou presque toutes et les accidents de sténose tubaire et de raréfaction de l'air dans la caisse dépendaient d'un double mécanisme : la respiration nasale supprimée ou entravée, et l'aspiration que la déglutition détermine sur l'air contenu dans la caisse quand les narines sont obstruées.

L'observation faite par Masini que les troubles généraux chez les petits malades ne sont pas toujours en rapport avec le peu de gravité des lésions locales est exacte, mais peut s'expliquer de diverses façons. D'abord le toucher ne peut nous donner une idée précise du degré d'occlusion que l'hyperplasie adénoïde détermine spécialement dans le décubitus horizontal, puisqu'il s'agit d'un organe très vasculaire, mais les accidents auxquels

donne lieu l'hyperplasie sont variés et complexes et difficiles à déterminer *a priori* pour chaque cas. On n'oubliera pas que l'hyperplasie peut ne représenter qu'un signe d'altérations dyscrasiques, graves, rachitiques et scrofuleuses; c'est dans ces cas que l'intervention fournit des résultats peu satisfaisants ou nuls. Il est difficile d'admettre que la cachexie de ces malades soit comparable au point de vue du mécanisme producteur à la cachexie strumiprive; les rapports de cette affection avec le goitre, bien qu'ayant besoin d'être étudiés, ne sont pas assez importants pour appeler l'attention sur la fréquence de la simultanéité de ces deux malades.

3. G. MASINI. — **Rapport sur la physiologie de la caisse du tympan (auto-referat).** — Masini constate les difficultés que l'on rencontre pour les recherches expérimentales dans les diverses parties composant la caisse tympanique; il déclare ne pouvoir émettre de jugement définitif. Il dit que la physiologie de la caisse au point de vue de la transmission au centre des sons extérieurs, traitée en partie par le regretté Corradi à la première réunion de la Société, s'est orientée différemment depuis la publication des expériences de Secchi. On sait que ces recherches, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'ici, tendent à prouver la pression positive de l'air contenu dans la caisse. L'auteur a examiné les diverses parties de l'oreille moyenne et les a étudiées, soit en répétant les expériences connues de Mach, Politzer, etc., soit en les variant et en faisant de nouvelles dans un autre but. Il a porté principalement son attention sur la membrane tympanique et la chaîne des osselets, pour voir s'il était possible d'élucider leurs fonctions. Masini établit comme base l'anatomie, une constitution différente de la membrane par l'épaisseur de ses couches, la résistance, la direction des fibres de la couche médiane, l'ombélication centrale, la fixation au manche du marteau, etc. Il trouve dans ces diverses dispositions des parties les conditions favorables à la transmission des sons, isolés, multiples ou complexes, variant de hauteur, d'intensité, de timbre. Masini établit le mode de vibration général ou partiel de diverses parties réunies ou séparées selon la quantité de sons provenant de l'extérieur et arrivant à la membrane. Avec un instrument reproduisant tous les aspects de la membrane tympanique, l'auteur cherche à démontrer expérimentalement ses assertions. Sur cet instrument, il peut modifier la courbe et la tension des diverses parties de son tympan artificiel et entraver

ou faciliter expérimentalement la transmission des ondes sonores à l'oreille. Dans la membrane humaine, ces différentes dispositions sont dues à la traction du manche du marteau sous la contraction du tenseur du tympan, tandis que la pression variable de l'air renfermé dans la caisse agirait sur les diverses parties. Masini attache une grande importance à cette pression, et il croit que l'expérience géniale de Secchi permet de résoudre désormais la question des vibrations partielles ou totales de la membrane, dans les différentes modalités de la phase sonore. La membrane tympanique et le manche du marteau qui fait corps avec elle, transmettraient les vibrations aux autres osselets, et de ceux-ci, à travers la fenêtre ovale, atteindraient le labyrinthe. Il croit toutefois qu'il est nécessaire que les faces articulaires de chaque osselet soient en contact pour rendre la chaîne vibrante dans sa totalité, comme la columelle des oiseaux. Seules les diverses ondes sonores peuvent, dans la conformation anatomique diverse de chaque osselet, trouver des conditions favorables pour se transmettre mieux au centre, avec une force plus ou moins expansive, mais ce fait n'a pu être prouvé expérimentalement, la démonstration du contact mutuel des faces articulées, de la vibration totale, etc., a également été imparfaite. Pour ces démonstrations, Masini a employé des grains brillants et des fragments de verre taillé fixés aux osselets. Il obtient le rapprochement des faces articulaires par la stimulation électrique des deux muscles. Masini explique la disposition de la chaîne scindée en trois osselets, la conformation de chacun des os, son mode de fixation à la caisse par des ligaments, et les diverses articulations, disposition semblant inférieure à la columelle comme puissance de transmission et nécessitant un rapide retour au calme après une stimulation sonore; calme s'obtenant par le retrait rapide du contact auriculaire de chaque os. Quant au mécanisme d'occlusion et d'ouverture de la trompe d'Eustache pour maintenir la pression positive dans la caisse, une espèce de son, l'auteur croit ce fait intimement lié aux sensations tactiles que les ondes sonores produisent sur le pavillon et le conduit auditif externe. Il conclut en disant que, d'après l'état actuel des recherches scientifiques, la chaîne des osselets est la voie principale par laquelle les ondes sonores, par la fenêtre ovale, arrivent à stimuler l'acoustique et à fixer au centre les images auditives.

Discussion.

GRADENIGO demande des explications à Masini sur son affirmation que la fenêtre ovale soit en rapport direct avec l'endolymphe, tandis que la fenêtre ovale est en relation avec la périlymphe. Il ne peut suivre Masini dans son exposé très rapide et croit devoir ainsi ajourner la discussion à une date ultérieure quand la publication des travaux du Congrès lui permettra de se rendre un compte exact des résultats des recherches de Masini.

FARACI croit qu'il ne faut pas exagérer l'importance physiologique de la membrane tympanique. Il a reconnu qu'à la suite d'incisions de diverses parties de la membrane, l'audition s'améliorait chez certains malades, quoique certains groupes de fibres fussent mis hors d'état d'agir. Faraci discute ensuite quelques assertions de Masini et de Secchi.

SECCHI affirme que la diversité d'opinions sur la physiologie auditive repose sur des faits douteux. Il ne peut combattre les idées de Masini, ignorant les détails de ses expériences. La théorie qu'il défend est basée sur le principe bien connu de Pascal, et il souhaite à ses contradicteurs d'arriver par une autre voie aux résultats positifs qu'il a obtenus. Une observation bien faite suffit à renverser une théorie quand on l'y oppose.

MASINI répond brièvement à chacun.

(à suivre).

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 4 novembre 1897 ⁽¹⁾

Président : Prof. O. CHIARI

Secrétaire : V. LAUFER

1. HAJEK. — Pemphigus du voile et de la voûte du palais, de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique droit. — Vieillard de 73 ans, cachectique, atteint d'une affection oculaire. On remarque sur l'amygdale gauche et sur le voile palatin des taches rougeâtres ayant un aspect granuleux et environnées de dépôts d'un gris sale. Il est fort rare on le sait d'observer la formation des vésicules dans le pemphigus des voies aériennes supérieures,

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.*, 25 novembre 1897.

car leur apparition est de courte durée, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte chez ce malade. A la place où on distingue en avant, à droite de la voûte palatine, un dépôt grisâtre, existait dans l'après-midi une vésicule grosse comme un petit pois renfermant un liquide trouble, qui a disparu en quelques heures. Actuellement une vésicule de forme longue commence à se développer à droite du voile du palais, entre les apophyses palatines de l'arc palatoglosse et l'arc palato-pharyngien.

Sur l'épiglotte et le repli ary-épiglottique droit, on voit des dépôts membraneux sans vésicules, dont l'apparence ferait songer à la syphilis secondaire ou à la laryngite fibrineuse. La première hypothèse sera rejetée immédiatement car il s'agit ici d'un véritable dépôt membraneux s'élevant au-dessus du niveau de la muqueuse, ce qui n'arrive pas dans la syphilis secondaire. La confusion avec la laryngite fibrineuse est aisée, surtout quand les vésicules sont absentes. Une difficulté du diagnostic est que le pemphigus de la muqueuse n'est pas toujours accompagné de pemphigus cutané ; et que le plus souvent ce dernier suit à des intervalles assez éloignés l'éruption de la muqueuse. A propos de son affection oculaire, le malade dit qu'il a été soigné à l'hôpital pour du pemphigus. Il aurait donc déjà eu des éruptions.

2. H. KOSCHIER. — **Tumeur trachéale.** — (La communication a été publiée dans la *Wiener klin. Woch.*, 18 novembre 1897).

3. O. CHIARI. — **Paralysie bilatérale des cordes vocales à la suite de la destruction des deux récurrents par un cancer.** — Pendant la vie, les deux cordes vocales étaient complètement immobilisées dans la position cadavérique ; respiration libre ; aphonie. Tous les muscles sont affectés de dégénérescence ; seul le crico-thyroïdien gauche n'est très attaqué que dans quelques fibres. Le crico-thyroïdien droit est violemment atrophié par suite de l'envahissement de la tumeur. Ce cas démontre que les cordes vocales peuvent revêtir la position cadavérique par suite de l'interruption de conduction des récurrents. Le crico-thyroïdien gauche n'étant que faiblement atteint, son action devrait être à peine entravée, et malgré tout la corde vocale gauche, de même que la droite, est dans la position cadavérique. (Sera publié dans la *Wiener klin. Woch.*).

Discussion.

GROSSMANN. — Cette observation prouve qu'après la paralysie des récurrents et des muscles cricothyroïdiens, les cordes vocales s'écartent de la position d'adduction et que l'orifice glottique s'élargit. Il est compréhensible qu'un malade couché ne souffre pas d'accidents respiratoires.

La corde vocale paralysée la première avait une forme arquée et était excavée. Elle présentait donc des signes certains d'atrophie musculaire. Quant à la seconde corde, elle est bien prêt d'atteindre la position cadavérique. Selon toutes probabilités, le muscle crico-thyroïdien du côté correspondant devait être affecté de cancer et paralysé bien avant l'apparition de la paralysie récurrentielle. Mais il est survenu une paralysie totale des récurrents qui met hors de cause les facteurs influant sur la position de la corde vocale qui ressemble beaucoup à la position cadavérique. A l'autopsie, on a reconnu que la corde vocale était atrophiée. Ce cas vient à l'appui de la thèse que je soutiens, suivant laquelle une paralysie récurrentielle ancienne est toujours accompagnée d'atrophie du muscle crico-thyroïdien correspondant. Ce fait se produisit dans l'observation actuelle du côté paralysé d'abord, bien que le nerf laryngé supérieur fût intact.

HÁJEK n'adopte pas les idées de Grossmann sur la position cadavérique. De terme ne peut donner lieu à aucune équivoque, car nous n'avons pas de meilleur terme pour désigner la situation de la corde vocale tenant le milieu entre la phonation et l'inspiration. Il est fort indifférent que chez le vivant la position cadavérique soit exactement semblable à celle qu'on observe après la mort mais il est évident que chez le malade de Chiari la position cadavérique existait au point de vue clinique et qu'elle peut survenir après la destruction du récurrent.

GROSSMANN. — Comme non seulement le récurrent, mais aussi le nerf laryngé supérieur, quelques muscles externes du cou, certains constrictors du pharynx et enfin la pression intrapulmonaire, exercent une influence certaine sur la position des cordes vocales, il est hors de doute que la position cadavérique ne se présente que lorsque tous ces symptômes se manifestent : mais l'atrophie demeurera toujours le signe principal pour le diagnostic.

HÁJEK. — A propos des récurrents, il faudrait écarter les questions secondaires pour ne pas amener de confusion et

discuter seulement les points principaux. L'explication de Grossmann au sujet de la paralysie crico-aryténoïdienne postérieure, suivant laquelle il n'existe pas un seul malade qui ne souffre pas de la paralysie de ses dilatateurs, me semble inadmissible. Je suis de l'avis de la plupart des laryngologistes en disant que les paralysies unilatérales du crico-aryténoïdien postérieur ne sont pas perçues par le malade qui ne ressent aucun trouble ni vocal ni respiratoire.

GROSSMANN. — Mon opinion ne s'applique qu'à la paralysie bilatérale.

Quant à la question de la respiration dans les sténoses traitées il y a plusieurs années dans mon travail sur les sténoses trachéales, il est clair qu'un malade respire facilement étant au repos, même dans les cas de rétrécissements graves.

Je répéterai qu'habituellement la paralysie unilatérale de la corde vocale n'altère presque pas la respiration et la phonation.

G. SCHEFF rapporte un cas de paralysie crico-aryténoïdienne bilatérale, où les cordes vocales étaient dans la position phonatoire, se rapprochaient pendant l'inspiration et se collaient à la trachée de façon à empêcher l'introduction de l'air. Lors de l'expiration, il se produisait une dilatation laissant passer l'air. La voix était peu altérée. La trachéotomie dut être pratiquée pour des accès de dyspnée. La malade déjà âgée succomba au bout de trois jours à une pneumonie de déglutition. L'autopsie faite par le Prof. Hans Chiari démontra que la paralysie provenait d'une dégénérescence graisseuse des crico-aryténoïdiens postérieurs et des récurrents.

S. relate ensuite deux autres cas de paralysies crico-aryténoïdiennes unilatérales, l'un concernant un comédien qui ne se doutait pas de son affection : il accusait seulement un catarrhe intermittent, mais Scheff remarquant un bruit respiratoire particulier, l'examina, et trouva la corde vocale gauche immobilisée dans la position médiane, tandis que la corde droite était mobile. La cause de cette affection est inconnue. Le malade qui joue des rôles importants, jouit d'une santé générale parfaite.

Le troisième malade était un chanteur qui a dû abandonner sa situation de soliste pour entrer dans les chœurs.

GROSSMANN. — Le premier cas de Scheff démontre clairement l'obscurité régnant au sujet de la paralysie crico-aryténoïdienne primitive. Il s'agissait d'une position phonatoire bilatérale entraînant l'asphyxie due à une dégénérescence graisseuse des récurrents.

Quant au second malade, il n'était pas entravé dans l'exercice de sa profession, mais il respirait d'une façon qui attira l'attention de Scheff.

Le changement de situation du troisième malade montre la différence existant entre un larynx paralysé à demi ou dans sa totalité.

KOSCHIER a examiné aux points de vue histologique et anatomique il y a deux ans un cas de paralysie crico-aryténoïdienne. Tous les muscles du larynx étaient normaux, sauf le crico-aryténoïdien postérieur qui n'avait que la moitié de sa largeur et était faible. Au point de vue histologique on reconnaissait distinctement des signes d'atrophie.

A l'autopsie on voyait que le tronc du récurrent gauche n'était pas comprimé, mais enclavé dans un tissu cicatriciel lâche. Seul le crico-aryténoïdien postérieur était affecté de dégénérescence graisseuse.

Bien que la malade ne souffrit pas de troubles respiratoires ni laryngés, on avait diagnostiqué au laryngoscope une paralysie crico-aryténoïdienne postérieure, peut-être d'origine rhumatismale.

KOSCHIER relate ensuite deux observations de paralysie récurrentielle, survenues lors de l'extirpation d'un goitre à la suite de la section du récurrent. Au réveil de l'anesthésie on remarqua des troubles typiques de la phonation et quatre jours après l'opération, on vit au laryngoscope les cordes vocales, droites dans un cas et gauches dans l'autre, dans la position cadavérique, avec immobilité complète de l'autre moitié du larynx. Pas d'accidents respiratoires.

La position cadavérique de la corde vocale lésée a dû survenir après la section brusque du récurrent ; et dépend certainement de la paralysie des autres muscles, au contraire des cas où le tronc récurrentiel est détruit ou gêné par une tumeur ou un anévrysme qui entrave sa conduction.

BIBLIOGRAPHIE

Des exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans la surdité acquise, par URBANTSCHITSCH, traduit par le D^r L. EGGER, avec une préface du D^r LERMOYEZ (1 vol. 183 pages, Maloine, éditeur, Paris, 1897).

Il faut savoir gré au traducteur et vivement le féliciter de nous avoir fait connaître un travail aussi consciencieux qu'intéressant et d'avoir réagi contre cette tendance, trop accréditée chez nous, que tout ce qui est au-delà des frontières doit nous rester étranger.

La méthode d'Urbantschitsch est destinée à rendre de grands services dans le traitement de la surdité, mais l'auteur nous avertit que son application est d'une difficulté extrême qui nécessite une patience consommée.

Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'influence des exercices acoustiques méthodiques sur le sens de l'ouïe des sourds-muets. On y trouve une description très complète de ces exercices pour lesquels l'auteur utilise tantôt la voix, tantôt les instruments. Il faut d'abord faire entendre les sons; cela fait, le sujet sera initié à l'audition des voyelles et à leur différenciation. On passe ensuite à l'étude des syllabes, puis des mots. On arrive enfin à faire entendre une phrase, puis de véritables conversations. Urbantschitsch étudie les cas favorables à ces exercices, leur durée d'application et leur résultat final: sa statistique nous montre qu'il ne faut jamais désespérer d'un sourd.

Dans un second chapitre, plus court, l'auteur traite de l'influence des exercices acoustiques méthodiques sur le sens de l'ouïe de personnes devenues très dures d'oreille ou sourdes à un âge avancé: les résultats sont encore meilleurs dans ces cas et on assiste parfois à un réveil rapide de l'audition.

Ce livre, bien présenté, précédé d'une spirituelle préface du D^r Lermoyez, mérite de franchir le cercle étroit de la spécialité et devrait être vulgarisé dans tout le public médical, en particulier chez les médecins — de famille, — chez ceux-là auxquels incombe le soin de surveiller l'audition des enfants et qui ne voient trop souvent dans les troubles auditifs du jeune âge qu'un des effets précoces de l'habitude!

G. LAURENS.

Traité de laryngologie et de rhinologie, par P. HEYMANN, livraisons, 16, 17, 18, 19, 20 (A. Hölder, éditeur, Vienne, 1897).

Les affections nerveuses du larynx et de la trachée par le Prof. FÉLIX SEMON. Cet article (200 pages) est un des plus complets et des plus remarquables du traité ; ce n'est pas, comme beaucoup d'autres, la simple mise au point d'un chapitre de pathologie ; c'est l'exposé de travaux personnels sur l'innervation du larynx, l'origine centrale des nerfs, les centres corticaux phonateurs et la physiologie du système nerveux du larynx. Les chapitres d'anatomie et de physiologie sont les plus complets ; la pathologie est semée d'observations personnelles.

Néoplasmes du pharynx et du nasopharynx par le Prof. MIKULICZ — avec un exposé succinct de toutes les méthodes opératoires et quelques belles figures de tumeurs malignes.

Rétrécissements et oblitérations du pharynx et du nasopharynx par P. HEYMANN.

Les affections de l'anneau lymphatique du pharynx. Introduction par R. KAYSER. Voici comment l'auteur résume l'état actuel des notions sur la physiologie de l'anneau lymphatique. Il faut examiner séparément les fonctions du tissu adénoïde proprement dit des glandes qui le traversent ; ces dernières font partie de l'appareil muqueux et partant digestif de la bouche, tandis que le tissu adénoïde ne prend aucune part à l'insalivation des ingesta. L'anneau lymphatique joue un certain rôle protecteur par la phagocytose dont il est le siège, et l'importance de ce rôle protecteur serait bonne à connaître à une époque où on a tendance à intervenir si radicalement dans les affections même peu intenses de ces organes. Cependant le pouvoir protecteur paraît faible si l'on considère que l'époque du plus grand développement adénoïde coïncide avec la plus grande susceptibilité vis-à-vis des maladies infectieuses, que les individus à tissu adénoïde abondant sont loin de jouir d'une immunité même relative et que les amygdales sont fréquemment la porte d'entrée de la diphthérie, de la scarlatine, de rhumatisme, de l'herpès, etc. En tant qu'organe hématopoïétique, l'anneau lymphoïde se place à côté des autres amas de tissu lymphatique, qui prennent un si grand développement chez l'enfant tandis que les organes hématopoïétiques de la vie fœtale (le foie, la rate et le thymus) leur cèdent la place ; plus tard la moëlle osseuse passe au premier plan de l'hématopoïèse tandis que s'atrophient les tissus lymphoïdes de l'enfance.

Les affections de l'amygdale pharyngée, par le Prof. GOTTSTEIN et KAYSER.

Les affections des amygdales palatines, par E. BLOCH.

L'abcès péri tonsillaire et rétropharyngé, par le prof. P. STRUBING.

Les affections de l'amygdale linguale, par MICHAEL.

Au point de vue de l'anatomie normale il faut insister sur ce fait que l'épiglotte n'est jamais en contact avec la base de la langue non tuméfiée ; même au redressement maximum, pendant l'émission de sons élevés, il persiste un intervalle de plusieurs millimètres. — L'hypérémie passive de l'amygdale linguale est très prononcée au cours de l'emphysème, de l'asystolie et surtout de la congestion hépatique : la base de la langue apparaît violacée au lieu d'être rose, parcourue de grosses veines turgescents qui peuvent donner lieu à des hémorragies. — L'amygdalite suppurée donne des symptômes très alarmants et l'auteur a suivi un cas où la trachéotomie dut être pratiquée. — L'hypertrophie de l'amygdale linguale est une affection de l'adulte, de la femme surtout ; l'auteur en donne plusieurs figures intéressantes. Il faut songer à l'amygdale hypertrophiée avant de diagnostiquer la boule hystérique ; l'hypertrophie même légère, la gêne dans les mouvements de l'épiglotte influencent très défavorablement la voix et il faut y penser toujours chez les chanteurs ; l'auteur a vu chez une femme, subitement prise d'une sensation de corps étranger à la base de la langue, le bord libre de l'épiglotte arrêté et pincé en quelque sorte sous la saillie d'une amygdale à peine hypertrophiée ; l'épiglotte fut facilement dégagée et cet accident ne s'est pas reproduit depuis quatorze ans. — La phlebectasie mérite grande attention par sa fréquence, le nom d'hémorrhoides linguales n'est pas exagéré d'autant plus que ces varices peuvent être le siège d'hémorragies, attribuées bien entendu à la tuberculose pulmonaire. Le traitement consiste dans la cautérisation de vaisseau en allant de la périphérie vers les troncs.

Les enduits, qui recouvrent la langue dans les différentes affections du tube digestif, ne s'étendent pas à la base de la langue ; on peut cependant y trouver les fuliginosités des états typhoïdes. L'exanthème morbillieux et scarlatineux atteint la région de l'amygdale linguale. — Une série de figures fort curieuses se rapportant à des tumeurs bénignes et malignes : kyste, papillome, angiome, tuberculose et syphilis, cancer.

Affections de la gorge dans les maladies infectieuses aiguës

par CATTI (de Fiume). Etude de l'exanthème, de la scarlatine, de la rougeole, de la rubeole et de la varicelle.

Les exanthèmes de la fièvre typhoïde et de la variole par W. LANDGRAF. M. N. W.

Contribution à l'étude des anosmies et en particulier des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille, par NIQUE (*Thèse de Lyon 1897*).

Continuation du travail de Collet sur « Les troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille » (*Lyon médical*, 1897), la thèse de Nique se distingue des travaux parus jusqu'à ce jour sur la question par la précision de la méthode qu'il a employée pour dépister les simples hyposmies ; c'est la méthode de Zwaardemaker perfectionnée.

Nique étudie successivement :

- a) les anosmies congénitales ;
- b) Les anosmies consécutives à des traumatismes portant sur la région occipitale ou la région frontale ;
- c) Les troubles de l'olfaction de certaines lésions cérébrales, des névroses, de la paralysie générale, du tabes et du diabète ;
- d) Les anosmies dues à une lésion de la muqueuse olfactive ou à un obstacle mécanique de la respiration ;
- e) Les troubles fonctionnels consécutifs à l'application de certaines substances médicamenteuses.

Ce sont surtout les troubles de l'olfaction dans les affections auriculaires qui ont préoccupé l'auteur ; de l'étude de 27 cas, dont certains ont été examinés au point de vue de l'acuité olfactive *quantitative* (c'est-à-dire de celle qui correspond au minimum perceptible de substance odorante) et de l'acuité *qualitative*, (c'est-à-dire celle qui correspond à la perception nette de la nature du parfum). Nique conclut que l'hyposmie est très fréquente dans la sclérose de l'oreille moyenne, et toujours plus marquée que dans les suppurations.

Cette coexistence des troubles auditifs et des troubles olfactifs pourrait démontrer l'origine nasale de certaines affections auriculaires, à moins que dans quelques cas, troubles auditifs et troubles olfactifs ne soient l'expression d'un trouble trophique.

Ce travail contient également une bonne étude sur l'anatomie de l'appareil olfactif et sur le mécanisme de l'olfaction.

R. ETIEVANT.

De l'ozène vrai et de son traitement par l'électrolyse interstitielle cuprique, par P. HUGUES (Thèse de Lyon, 1897).

Conclusions :

I. — En évoluant normalement, l'ozène vrai tend à la guérison à partir de 35 à 40 ans. Des trois symptômes : fétidité, troubles sécrétoires, atrophie, un seul persiste : l'atrophie.

II. — La guérison de l'ozène vrai peut survenir, en dehors de toute action thérapeutique, d'une façon en quelque sorte spontanée, et cela à un âge relativement peu avancé, ainsi qu'il ressort des cas observés par Garel. — Ce sont là, il est vrai, des cas rares, mais puisque cela peut se produire, on doit être toujours réservé quand il s'agit d'attribuer des guérisons à une méthode de traitement.

III. — Les guérisons spontanées, comme les cas d'ozène vrai intermittent, peuvent être considérés comme venant à l'appui de l'hypothèse qui veut faire de l'ozène vrai une trophonévrose, tandis qu'au contraire, ils constituent un argument contre la théorie microbienne.

IV. — Rien ne permet de considérer le bacille d'Abel-Læwenberg ou celui de Belfanti-della Vedova comme spécifiques de l'ozène vrai ; on les trouve cependant toujours dans les sécrétions des ozéneux, aussi doit-on en faire les agents spécifiques d'une infection secondaire, favorisée par l'état de la muqueuse et des sécrétions dans l'ozène vrai.

Après avoir envisagé les diverses méthodes de traitement, Hugues ajoute :

L'électrolyse interstitielle cuprique paraît avoir une réelle action sur les troubles sécrétoires, elle agit probablement par ce moyen pour atténuer la fétidité. Elle ne semble pas avoir provoqué les accidents qu'on lui reproche. Faite avec un courant de faible intensité, l'action thérapeutique sera favorisée, et dans ces conditions l'innocuité est à peu près certaine.

Sur 17 cas traités, Garel a eu trois guérisons chez des personnes de 25 à 30 ans, et deux douteuses chez des sujets de moins de 20 ans. Six cas ont été heureusement modifiés, chez les autres, les sécrétions sont devenues plus fluides. Ces résultats demandent à être contrôlés dans un avenir plus lointain.

R. ETIEVANT.

Contribution à l'étude des tumeurs malignes et des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales, par J. GOURDIAT (*Thèse de Lyon*, 29 janvier 1897).

L'auteur qui s'est déjà occupé des pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses-nasales (*Province méd.* 1896) étend son étude à toutes les tumeurs malignes, et il embrasse dans sa monographie d'une part les tumeurs malignes vraies (épithéliomes, carcinomes, sarcomes) les tumeurs par dégénérescence (*Thèse de Dupont*, Lyon 96) et les tumeurs secondaires venant des cavités et os voisins ; d'autre part les pseudo-néoplasmes, tumeurs à allures malignes, de nature tuberculeuse qui, pour Lermoyez, sont le plus souvent primitives, sans autre localisation tuberculeuse.

La description anatomo-pathologique qu'il en fait est d'ailleurs empruntée aux travaux de Gouguenheim ; mais aux sarcomes encéphaloïdes, myéloïdes, fasciculés, télangiectasiques, mélaniques, il ajoute une forme rare, le sarcome angioplastique, caractérisé par un retour immédiat des cellules du tissu conjonctif et des cellules endothéliales des vaisseaux à la vie cellulaire individuelle.

Quant aux pseudo-néoplasmes tuberculeux, avec Garel et Collet, il distingue :

1° Des formes tuberculeuses sans grande réaction des tissus voisins.

2° Des formes lupiques où la défense par les processus de sclérose est plus active.

La symptomatologie est banale mais sujette à des divergences de la part des auteurs, suivant qu'ils ont observé un plus ou moins grand nombre de tumeurs pédiculées, ou sessiles mais limitées, ou diffuses, ou envahissantes.

Mais la partie la plus intéressante du travail de J. Gourdiat est celle qui a trait à la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs : Laissant de côté, après mention, les moyens médicaux et les procédés chirurgicaux indirects (électrolyse ; ligature des carotides) il aborde, pour y insister, les procédés directs par les voies naturelles, et surtout par les voies artificielles car :

« Si dans certains cas rares de tumeurs nettement pédiculées, de petits bourgeons malins, on peut tenter l'ablation par les voies naturelles à condition de la faire large et complète, dans tous les autres cas où la délimitation est difficile, il est nécessaire de faire une opération préliminaire. »

Voie palatine, voie maxillaire (résection vraie et résection tem-

poraire), voie de l'onguis, voie nasale, (Chassaignac modifié, Verneuil-Roser, Rouge, Ollier) y ont leur manuel opératoire et leurs avantages longuement décrits, mais l'ostéotomie verticale-bilatérale d'Ollier semble avoir les préférences de l'auteur; Facilité, rapidité d'exécution, facilité de l'hémostase, largeur de voie et de vue sur le haut des fosses nasales, l'absence de lésions d'organes importants, cicatrice insignifiante, possibilité de recommencer, font d'elle le procédé de choix.

Douze observations dont quelques-unes d'ostéotomie bilatérale viennent à l'appui des assertions de l'auteur. R. ETIEVANT.

ANALYSES

I. — OREILLE

Observations sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx,
par STETTER (*Monatschrift f. Orhenheilkunde*, p. 89, n° 3,
mars 1897).

Dans ce long rapport des cas traités à la clinique de S. pendant l'année 1896 nous ne retiendrons que les points un peu particuliers.

A. *Cérumen*. — S. relate deux cas d'otite externe grave avec myringite et chez un des malades, abcès de la fosse temporale, et les met sur le compte de tentative d'extraction du cérumen par la curette.

B. *Myringite*. — La forme habituelle qu'il a observée est la myringite hémorrhagique à la suite de l'influenza. C'est un symptôme précoce qui apparaît au plus tard le quatrième jour, des cas en général sévères (39°-40°). Tantôt tout le tympan est recouvert d'une bulle rouge sombre, tantôt on voyait de petites bulles sanguines, le plus souvent sur le quadrant postéro-inférieur. Au point de vue subjectif, vives douleurs s'exacerbant le soir au lit. Aucun cas n'aboutit à la suppuration dans tous les cas traités par l'incision de la bulle et lavage suivi d'un tamponnement à la gaze chinolinée-naptolée. Dans tous les cas non opérés la bulle suppure puis la suppuration s'étend à la caisse.

S. croit assez fréquente la myringite chronique. Les malades atteints de cette lésion sont vulgairement traités comme atteints d'otite scléreuse (cathétérisme) sans résultats. Il en a vu 58 cas

dans son année, dont 31 avaient un tympan rouge rosé avec aspect blanc-grisâtre du manche du marteau difficile à voir. Il emploie l'acide sozoiodolique ou le sozoiodolate de zinc et assure la mobilité du tympan avec le masseur de Haug dont les malades apprennent vite à se servir eux-mêmes.

C. *Suppuration chronique de l'oreille moyenne.* — Après avoir vu les malades opérés par Stacke, par Schwartze, Braun, etc., présenter très longtemps de la suppuration, des granulations, etc., S. reste fidèle au traitement conservateur. Il rapporte l'histoire de plusieurs malades opérés qui eurent une diminution de l'ouïe en outre des autres inconvénients de l'opération. Par contre, les résultats du traitement conservateur sont très favorables. Il se borne à l'incision de Wilde et n'entre dans la mastoïde qu'en cas de lésion osseuse ou de fistule et ne comprend une intervention plus grande qu'en cas de symptômes cérébraux ou pyémiques.

D. *Polypes de l'oreille.* — Dans 2 cas les polypes étaient du carcinome pavimenteux. Ils furent observés chez deux femmes de 58 et 48 ans. Chez l'une il n'y avait jamais eu d'écoulement, chez la seconde un écoulement fétide, aqueux, jaune rouge, datant de quelques semaines. Il s'insérait sur la paroi postérieure du conduit cartilagineux. Il fut excisé avec le cartilage où il s'insérait après détachement du pavillon. Au bout d'un an pas de récurrence. D'ailleurs l'opération précoce et complète donne de bons résultats en général (3 ans, 2 ans 1/2). Chez un autre malade, vieil otorrhéique, à conduit rempli de polypes, un de ces polypes montre une métamorphose atypique de l'épithélium qui semble démontrer la transformation cancéreuse possible des polypes.

Pour les suppurations, en dehors des suppurations très épaisses, mucopurulentes, S. vante beaucoup le pansement sec avec la gaze chinolinée-naphtolée.

Granulations. S. recommande l'acide trichloracétique.

PAUL TISSIER.

Etude statistique sur les maladies de l'oreille chez les scrofuleux et sur l'influence des bains de mer. — Observations recueillies à l'hôpital maritime de Trieste, par E. MORPURGO (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, février 1897).

L'auteur résume d'abord les diverses opinions émises sur l'influence des bains en général, sur les affections de l'oreille. Bien que certains points semblent définitivement établis, il en reste beaucoup d'autres encore en discussion.

Voulant approfondir cette question, l'auteur s'est donné comme programme d'examiner l'oreille et l'état des muqueuses des organes voisins chez les malades soumis au traitement par les bains de mer, d'abord avant le commencement de ce traitement, puis de répéter cet examen après la cure en recherchant les effets obtenus.

Il a d'abord examiné 195 individus (92 hommes et 103 femmes) admis à l'hôpital maritime de Trieste pour diverses manifestations de la scrofule et du rachitisme.

Au point de vue de l'âge ces malades se divisaient ainsi :

5 ans	14
de 5 à 10 ans	91
» 10 à 15 ans	86
» 15 à 20 ans	4

A l'examen par la vue il a trouvé chez 81 d'entre eux (41,5 %) des lésions manifestes de l'oreille.

L'examen de la fonction a montré que 110 malades n'avaient pas l'ouïe normale sur 188 bien observés. Il n'a pu avoir de résultats chez sept enfants trop jeunes pour être fixé sur leur acuité auditive.

Chez 104 malades, il existait des lésions diverses du nez et du pharynx.

Tels sont les résultats qui ont été obtenus avant tout traitement.

A l'hôpital maritime de Trieste, les bains se prennent le matin à 11 heures, à la condition que la température de l'eau ne soit pas inférieure à 18° Réaumur et qu'il ne pleuve pas. Seuls, les enfants atteints de suppuration de l'oreille mettent un tampon de ouate dans le conduit auditif. Les enfants nagent et plongent sans cependant se servir de tremplin.

Ce traitement dure de six semaines à trois mois selon la gravité des cas. C'est celui qui fut appliqué aux 195 malades préalablement observés par l'auteur, sans adjonction d'aucun traitement spécial aux lésions reconnues.

Après cette cure, les malades furent examinés à nouveau et l'auteur obtint les résultats suivants :

1° Au point de vue de la fonction auditive :

Parmi les 24 sujets ayant une acuité auditive (voix) inférieure à 2 mètres, 14 furent améliorés et les 10 autres ne montrèrent aucun changement.

Des 27 enfants qui avaient une acuité auditive allant de 2 à 4 mètres, 17 furent améliorés.

Sur les 39 autres (acuité de 4 à 6 mètres), 46 furent améliorés.

En somme, sur 188 malades, 77 (40,9 %) présentèrent après le traitement une amélioration plus ou moins grande de l'acuité auditive.

Au point de vue de l'état local, l'auteur fait remarquer que l'examen par la vue ne permet pas, en général, de déterminer le degré exact d'amélioration. Cependant, sur 11 cas d'otite moyenne purulente 4 ont été notablement améliorés.

Quant aux affections du rhino-pharynx, l'amélioration ne fut évidente que dans un seul cas. Mais le fait important de cette étude qui doit être noté, c'est que le traitement par les bains de mer n'amena aucune aggravation chez les 195 enfants. Dans aucun cas on ne vit survenir une affection aiguë ou le passage à l'état aigu d'une affection chronique.

H. DU F.

De la surdité consécutive à la cicatrisation du tympan, par GUYE
(*Revue internat. de rhinologie, otologie et laryngologie*, mars 1897).

Une observation que l'on a fréquemment l'occasion de faire est la suivante : à la suite d'une otite scarlatineuse bilatérale, l'oreille guérie entend plus mal que l'oreille qui suppure. Si l'on traite l'oreille malade en surveillant bien la cicatrisation, il se produit quelquefois une cicatrisation complète du tympan, d'autres fois, cas plus favorable pour l'ouïe, une perforation sèche et définitive. Cette dernière constitue, pour ainsi dire, une soupape de sûreté, qui prévient les variations dans la pression intratympanique. — Obs. à l'appui.

Une autre cause connue de surdité consiste dans la laxité des grandes cicatrices qui, fortement projetées en dehors par le Val-salva, ne tardent pas à se remettre au contact avec le promontoire, empêchant ainsi les vibrations du tympan : amélioration par les paracentèses répétées.

D'autres fois il s'agit d'adhérences entre le tympan et le promontoire. Quelquefois on les détache, mais sans résultat permanent.

Obs. : garçon de 14 ans, écoulement fétide or. dr. depuis un an, large perforation du tympan, granulations de la muqueuse, catarrhe chronique naso-pharyngien, diminution considérable de l'ouïe du côté droit. En traitant l'otorrhée, l'auteur parvint à

la tarir en un mois, et la voie chuchotée passa de 1 mètre à 9 mètres. Cherchant à obtenir la cicatrisation du tympan, par nécessité professionnelle pour l'enfant, l'auteur l'obtint, mais l'ouïe tomba pour la voie chuchotée à 0^m,20. Il essaya alors des bougies, et en introduisant l'une d'elles très profondément, il sentit une résistance qu'il parvint à vaincre; une fois la bougie retirée, l'enfant entendit de nouveau à 9 mètres. L'auteur pense que sous l'influence des bains de nitrate d'argent, il s'était formé une adhérence ou un rétrécissement à l'embouchure tympanique de la trompe.

L. EGGER.

Etude bactériologique et clinique sur une affection nouvelle de l'oreille (pseudo-diphthérie auriculaire à streptocoques), par Löwenberg (Bull. méd., 7 mars 1897).

Au cours d'une petite épidémie d'angine dans une famille, M^{lle} X., âgée de 13 ans, fut prise d'une angine à plaques jaunâtres sur les amygdales et d'engorgement ganglionnaire dans les régions sous-et rétro-maxillaires. Pendant une douche de Weber pratiquée avec un bock, l'enfant éprouva tout à coup un grand malaise dans l'oreille gauche et une sensation de suffocation. Cette oreille gauche devint rapidement le siège de douleurs extrêmement violentes et profondes, à paroxysme nocturne; insomnie pendant quatre nuits, surdité complète à gauche tandis que l'oreille droite perdit également un peu de son acuité auditive.

C'est dans cet état que l'auteur voit la petite malade pour la première fois : l'oreille gauche est le siège d'un suintement peu abondant, séreux plutôt que purulent. Conduit auditif obstrué presque jusqu'à son orifice externe par un dépôt membraneux, gras d'aspect, très cohérent, tapissant les parois du canal, auxquelles il adhère très intimement, et se terminant extérieurement par une coupe nette. Son adhérence au conduit auditif est telle que des seringages énergiques n'en détachent aucune parcelle. A l'aide de la pince on ne réussit que difficilement à en séparer quelque fragment minime, ce qui cause une vive douleur et fait abondamment saigner les tissus sous-jacents, d'ailleurs très œdématisés et suintants.

A gauche, ouïe nulle à la parole et à la montre. Diapason-verre perçu à droite.

Oreille droite : ouïe légèrement affaiblie; trompe et caisse encombrées par une sécrétion abondante.

Muqueuse du pharynx enflammée, présente des plaques jaunâtres sur les amygdales et une partie du voile du palais. Haleine extrêmement fétide.

Diagnostic différentiel. — Un examen superficiel permettait d'éliminer l'inflammation exsudative du conduit auditif et du tympan, la desquamation exfoliatrice qu'on observe dans l'otite moyenne, aiguë, scarlatineuse et dans l'otomycosis aspergillina. Il ne restait donc qu'à admettre une diphthérie pharyngienne et surtout auriculaire.

Examen bactériologique. — Lesensemencements faits avec les fausses membranes de la gorge ne donnèrent le premier jour que du *staphylocoque doré*, plus tard, les autres microbes ordinaires de la cavité buccale. Lesensemencements pratiqués avec les membranes de l'oreille donnèrent le *streptocoque pyogène* seul dont la virulence extrême fut prouvée par l'injection aux animaux. Dans ces derniersensemencements, on vit pousser aussi, quelques jours plus tard, quelques rares colonies formées par des *staphylococcus aureus* et *albus*, et une ou deux colonies, couleur jaune d'œuf, d'un bacille fin et long, ne liquéfiant pas la gélatine, hôte ordinaire de l'air et de l'eau et poussant très bien sur gélose où il forme de grandes taches jaunes.

Examen microscopique des pseudo-membranes. — Ainsi que le démontre la coupe reproduite par L., la fausse membrane du conduit auditif est constituée par une agglomération épaisse de corpuscules de pus dont les noyaux offrent une karyokinèse active. Le tout est parsemé d'une façon uniforme de chaînettes streptococciques. Nous avons là une *pseudo-diphthérie auriculaire à streptocoques*, ou bien, une *otite membraneuse streptococcique* caractérisée par la formation d'une commissure fibrineuse et parsemée de streptocoques, sans bacille de Klebs-Löffler.

Etiologie et pathogénie. — Nous avons vu qu'il s'agissait d'une petite épidémie d'angines, que l'invasion brusque et violente de l'oreille gauche provenait à coup sûr de l'emploi de la douche de Weber.

Mais d'où provenaient les streptocoques qui ont envahi cette oreille puisqu'il n'y en avait pas dans les cultures des pseudo-membranes du pharynx buccal ? C'est dans le pharynx nasal que le liquide, cheminant pendant la douche de Weber, sera allé chercher des streptocoques qu'il aura entraînés jusque dans la caisse du tympan.

Quelles étaient les parties de l'oreille envahies ? Le conduit auditif externe était visiblement atteint, le bruit particulier de

perforation du tympan étant très net, le liquide sécrété provenait de la caisse malade. La surdité absolue, le diapason vertex perçu du côté sain, l'état vertigineux presque permanent, indiquaient bien que le labyrinthe était pris, soit directement par une invasion streptococcique, soit par la compression des parties nerveuses ou de leurs terminaisons (congestion, hémorrhagie, infiltration cellulaire, thrombose, suppuration).

Traitement. — Sur le refus de la famille d'accepter le sérum de Marmorek, l'auteur s'efforce de combattre le mauvais état général de la malade, et applique les soins locaux énergiques suivants :

Trois fois par jour, dans l'oreille gauche, injection d'eau boricuée saturée, suivie d'un bain d'alcool au sublimé à 1 ‰ alternant avec une instillation d'eau de chaux. On terminait l'une et l'autre de ces applications par une insufflation de poudre d'acide borique. Le traitement était complété par le cathétérisme de la trompe d'Eustache gauche.

A droite, à la suite de l'aspiration par le cathéter, l'ouïe revint rapidement excellente et aucune inflammation ne se déclara.

A gauche, au bout de trois semaines de traitement, guérison complète avec retour de l'ouïe.

L. EGGER.

Otite moyenne aiguë suppurative chez les enfants, par J. H. MARSH
(*Brit. med. journ.*, 1897, p. 214).

L'auteur a observé dernièrement quatre cas d'otite aiguë chez les enfants de moins de six mois, n'ayant pas eu de fièvre éruptive; dans tous ces cas le diagnostic avait été méconnu et la suppuration était établie depuis longtemps lorsque l'auteur vit les enfants, qui avaient été traités pour la méningite, la dentition, etc. L'otite était bilatérale dans un cas et unilatérale dans les trois autres; la membrane de Shrapnell était lésée dans deux cas. Chez un enfant il y avait paralysie faciale complète, la membrane du tympan paraissait absolument détruite, il n'existait plus d'osselets et la caisse était remplie de bourgeons charnus; la pression sur l'apophyse mastoïde causait de la douleur et provoquait une crépitation fine (de coquilles d'œufs). L'antre fut ouvert, l'oreille débarrassée de tous les produits morbides, lavée, tamponnée et la suppuration se tarit rapidement tandis que la paralysie allait diminuant. Dans un autre cas de suppuration de l'attique, l'auteur fit des lavages à l'aide d'une seringue intratympanique; après le lavage il insuffle quelques cristaux

d'acétanilide, qui diminue beaucoup la suppuration et ne forme pas de bloc comme l'iodoforme. Dans les deux autres cas la perforation se trouvait au dessous et en arrière du manche du marteau et présentait le type du trou de plume ; la guérison fut rapidement obtenue par des lavages à l'izol et des insufflations d'acétanilide. Les symptômes qui doivent attirer l'attention sont les suivants : 1° l'enfant essaye tout le temps de frotter son oreille ; 2° il ne peut rester couché sur le côté malade ; 3° il pousse un cri aigu lorsqu'on appuie au-dessous du méat.

M. N. W.

De l'emploi du bioxyde d'hydrogène et de l'iode à l'état naissant dans les otites moyennes purulentes chroniques, par ACH. VILLA (de Rome) (*Archivio italiano di otol., rin., e laryng.*, n° 3, 1896).

Depuis cinq ans le Dr de Rossi se sert de l'eau oxygénée dans le traitement des suppurations subaiguës ou chroniques de la caisse sans complications.

Après nettoyage du conduit avec la ouate hydrophile il remplit le conduit d'une solution concentrée de bioxyde d'hydrogène qu'il laisse en place une ou deux minutes. Le liquide est évacué en faisant incliner la tête du malade puis on applique un tamponnement. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour. La guérison est en général obtenue au bout de dix à quinze jours.

Cependant dans les vieilles suppurations de l'oreille moyenne avec carie probable des osselets les résultats ont été moins favorables.

C'est pour ce motif que le Dr de Rossi a chargé le Dr Villa d'expérimenter une autre méthode. Celle-ci consiste à introduire dans le conduit un mélange à parties égales d'eau oxygénée et d'une solution d'iodure de potassium à 1 pour 30. Il se forme alors de l'iode à l'état naissant. Cette application n'est renouvelée que tous les deux jours pour éviter d'irriter le conduit.

Sur trente malades ce procédé a donné quatre guérisons et douze améliorations.

Bien que ces résultats ne soient pas brillants ils montrent qu'il ne faut opérer qu'après s'être assuré que la guérison est impossible par tous les autres moyens.

H. DU F.

De la gymnastique de la membrane du tympan et des osselets. —

Description d'un nouvel appareil, par G. FERRERI (de Rome) (*Archivio italiano di otol., rin. e laryng.*, avril 1896, n° 2).

L'auteur étudie d'abord le massage du tympan au point de vue

de ses indications. Il peut être employé dans les affections suivantes :

1° Les otites moyennes purulentes aiguës qui laissent, après guérison, une certaine rigidité de l'appareil de transmission.

2° Les suppurations chroniques de la caisse à la suite desquelles subsistent une destruction plus ou moins étendue de la membrane tympanique et des osselets, des brides cicatricielles, des ankyloses, etc.

3° Les hyperémies chroniques de l'oreille moyenne lorsque le traitement le plus énergique n'a pu réussir à empêcher l'organisation des exsudats sur la paroi labyrinthique et surtout autour de l'étrier.

L'auteur ne croit pas exacte la définition que Bissell a donnée du massage, d'après laquelle ce serait un moyen de communiquer à l'oreille des mouvements vibratoires au moyen de la production de sons de hauteurs et d'intensités différentes. Ce moyen peut être bon pour les bruits subjectifs, mais, en général, il faut mobiliser la chaîne des osselets, ce qui nécessite une action purement mécanique.

Il passe ensuite en revue les divers instruments jusqu'ici inventés qui sont ou condensateurs ou raréfacteurs. Tous sont défectueux et ceux même de Garnault et Lucae sont loin d'être parfaits.

L'appareil du Dr Dutto, destiné à servir à la respiration artificielle chez les animaux, est celui qui donne les meilleurs résultats.

Il consiste en un vase cylindrique de deux litres de capacité et hermétiquement fermé. A travers le couvercle passent :

1° Un tube de verre avec aspirateur mis en communication avec une prise d'eau.

2° Un tube de verre de hauteur variable descendant jusqu'au fond du vase et recourbé en anse à son extrémité supérieure ; il sert de monomètre et de tube d'échappement.

3° Un tube de verre recourbé à angle droit muni d'un tube de caoutchouc terminé par un embout de verre que l'on place dans le conduit auditif.

Le tube de caoutchouc traverse un appareil électrique faisant mouvoir un levier qui, en s'abaissant, comprime le tube d'une manière intermittente. Il y a trente compressions par minute.

4° Un appareil placé dans le vase et relie à la pile règle le degré de compression et de décompression dans le tube.

Les avantages de cet appareil sont :

- 1° De ne pas fatiguer l'appareil auditif.
- 2° De ne pas agir directement sur le marteau comme les instruments de Lucae et Garnault.
- 3° De permettre, en introduisant un peu d'ouate au fond du conduit, un massage utile en l'absence de membrane du tympan.
- 4° De pouvoir être employé par le malade lui-même.
- 5° D'avoir une pression presque constante de 24 milligrammes de mercure, ce qui évite les dangers d'une lésion de l'appareil de transmission.

H. DU F.

Quelques cas typiques de maladies des oreilles, par G. FIELD
(*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1462).

Otite aiguë moyenne simulant chez les nourrissons la méningite.
L'auteur cite des observations qui lui ont été communiquées par les D^{rs} Cheadle, Barlow et Lees de l'hôpital des enfants. L'otite aiguë simule si bien la méningite qu'il faut toujours la chercher ; chez les nourrissons on attribue aussi invariablement les cris et l'insomnie à la dentition tandis que dans bien des cas c'est une otite qui est l'unique cause des souffrances ; il faut donc y songer et, lorsqu'on ne trouve rien de net, faire une ponction du tympan qui opérera une cure instantanée souvent, en donnant issue à du pus. A l'autopsie des jeunes enfants on trouve très souvent un certain degré d'otite moyenne très probablement due à une infection d'origine buccale ou pharyngée ; le développement incomplet du rocher facilite grandement durant la première enfance l'infection des méninges par l'oreille ; l'auteur affirme que nombre d'enfants doivent la mort ou l'idiotie, ou l'hydrocéphalie chronique à des otites non diagnostiquées.

Influenza. — La surdité plus ou moins complète est assez fréquente à la suite d'une attaque grave d'influenza ; lorsqu'elle est labyrinthique, la strychnine et la pilocarpine sont du plus grand secours et permettent dans bien des cas un rétablissement parfait de l'ouïe. Mais l'otite moyenne aiguë est beaucoup plus fréquente ; son allure est tellement rapide que la perforation a souvent lieu spontanément au bout de quelques heures de vives douleurs et il est presque constant de voir un écoulement de pus et de sang, extrêmement abondant, durer des jours et des semaines ; le traitement consiste en lavages très doux avec des solutions tièdes, non irritantes ; les perforations se cicatrisent sous l'influence de cautérisations au nitrate d'argent. L'auteur a vu des centaines de ces otites consécutives à l'influenza.

Tympan artificiels. — Les meilleurs sont indubitablement les plus simples, les pelotes d'ouate de Yersley, mais leur simplicité même fait que les patients recherchent les instruments plus compliqués qui cependant ne rendent pas autant de services. A ce propos l'auteur raconte que le charlatanisme atteint dans ce domaine des proportions vraiment inadmissibles ; dans une certaine officine très connue on fait regarder les parents qui accompagnent le malade dans une sorte de télescope et on leur explique que le trou qu'ils y aperçoivent est précisément la perforation du tympan qui demande l'usage d'un tympan artificiel — on en applique autant sur des tympan épaissis que sur des tympan perforés.

Obstruction des deux trompes d'Eustache par le catarrhe chronique non purulent. — Dans le climat variable et incertain de la Grande-Bretagne c'est l'affection la plus commune qu'on ait à soigner et il est étonnant combien de personnes sont plus ou moins sourdes de ce fait sans se soigner, ce qui est souvent la faute des médecins qui considèrent cet état comme incurable, ce qui ne les empêche pas de recourir immédiatement au médecin auriste lorsque le même mal les atteint. L'affection n'est rien moins qu'incurable et les trompes se désobstruent fort bien par le traitement suivant : inhalations de vapeurs d'eau chargées d'éther acétique et iodé, cathétérisme des trompes avec injections de vaseline stérilisée trois fois par semaine et au besoin révulsion sur l'apophyse mastoïde.

Furoncles du conduit auditif externe. — Le meilleur traitement semble être l'application d'un mélange chaud de glycérine et de teinture d'opium sur un tampon d'ouate, puis l'incision bien entendu si la rupture spontanée tarde à se faire. Au point de vue prophylactique la première chose à rechercher est la viciation de l'atmosphère par les latrines, l'effet de ces premières sur l'apparition de furoncles étant indubitable. Les personnes qui absorbent beaucoup de sucre, sans être diabétiques, sont prédisposées aux furoncles de l'oreille — de là probablement l'effet curatif souvent remarquable de la levure de bière.

M. N. W.

Des cystomes de l'oreille, par le Prof. JOSEPH GRUBER (*Allgem. wien. med. Zeitung*, 1897, p. 175).

Les kystes à contenu séreux sont extrêmement rares dans l'oreille ; l'auteur a eu l'occasion d'en observer un dans le conduit auditif externe d'un homme de 53 ans, qui ne ressentait de

la gêne dans l'oreille que depuis quelques mois. Il se plaignait d'un bruissement continu dans l'oreille, l'ouïe y était presque abolie; l'épreuve de Rinne donne un raccourcissement notable à droite et le diapason appliqué sur le sommet de la tête est latéralisé à droite. Le conduit auditif est oblitéré tout près de l'entrée par une tumeur à surface cutanée ressemblant de prime abord à une exostose, de telle sorte que la consistance molle et élastique de cette masse fut une surprise; la tumeur était largement implantée sur la paroi antérieure du conduit et simplement au contact de la paroi postérieure; il était possible de passer un stylet fin entre la tumeur et la paroi et le patient constata que l'audition s'améliorait pendant cette manœuvre pour disparaître une fois le stylet enlevé. Le diagnostic de kyste séreux fut confirmé par une ponction exploratrice; dès lors on laissa le kyste se vider par une incision en croix, on excisa des lambeaux de vêtement cutané du kyste et on tamponna le conduit auditif après curettage de la petite poche. Guérison simple et rétablissement parfait de l'ouïe.

Dans un autre cas, l'auteur observa un kyste séreux né dans le voisinage de la trompe cartilagineuse, qui fut impliquée dans le processus morbide, d'où troubles de l'ouïe et bourdonnements.

Le patient était un homme tuberculeux, de 49 ans; la membrane du tympan du côté dont il se plaignait était modérément rétractée et la muqueuse pharyngée du même côté pâle et tuméfiée.

L'épreuve de Valsalva montra l'oblitération de la trompe d'Eustache, ce qui fut confirmé par la douche d'air de Politzer et par l'impossibilité du cathétérisme. Le toucher digital du pharynx permettait de reconnaître la présence d'une tumeur molle et élastique occupant toute une moitié du pharynx et remontant jusqu'aux choanes. Le patient succomba à la tuberculose et l'autopsie apprit qu'il s'agissait d'un kyste parti de la fossette de Rosenmuller, gros comme une noix et comprimant la trompe cartilagineuse.

M. N. W.

Relation de quelques opérations sur l'apophyse mastoïde, par HEBERT HARLAN (*Presbyterian eye ear and throat Charity Hospital reports*, janvier 1896. Baltimore).

L'auteur donne la relation de trois observations.

OBSERV. 1. — Elle concerne un homme de 32 ans, atteint d'otite moyenne purulente aiguë bilatérale à la suite d'une grippe.

Examen deux mois après le début : suppuration abondante des deux côtés ; à droite, petit polype de la caisse qui fut enlevé au serre-nœud ; douleurs, dans la région mastoïdienne droite.

Le lendemain, trépanation de l'apophyse.

L'antre fut trouvé rempli de pus et sa paroi interne en partie névrosée. Guérison sans incident.

OBSERV. II. — La même opération est pratiquée quinze jours plus tard sur le même malade du côté gauche bien que la région mastoïdienne fut d'apparence normale. L'antre fut cependant trouvé dans le même état que celui du côté droit. Guérison.

OBSERV. III. — Il s'agit d'un ouvrier de 22 ans, atteint depuis trois mois d'otite moyenne purulente gauche survenue à la suite d'une rhino-pharyngite aiguë.

On constata les symptômes suivants : suppuration abondante. Douleurs vives au niveau de la caisse et dans l'apophyse. Vertiges par moments. Congestion de la papille de l'œil gauche. L'opération de Stacke fut pratiquée quinze jours plus tard. L'antre fut trouvé sain. Guérison.

L'auteur fait remarquer que dans les première et troisième observations l'apophyse était douloureuse, tandis que l'antre participait à l'inflammation seulement dans la première ; et que d'un autre côté, l'apophyse n'était nullement douloureuse dans la seconde observation, alors que les lésions de l'antre étaient identiques à celles trouvées dans le premier cas. H. DU F.

Nouvelle méthode de mastoidotomie radicale (antéro-latérale) et présentation d'opérés, par V. COZZOLINO, (*Bollet. delle malat. dell' orecch.*, etc. n° 3, mars 1896).

La méthode de M. le Prof. Cozzolino consiste à ouvrir presque d'un seul coup, dès le début et sûrement, l'antre mastoïdien, les cellules mastoïdiennes voisines, et une partie de l'additus ad aurium afin de les mettre chirurgicalement en communication.

Voici comment il pratique cette opération :

1° Il met à nu l'apophyse mastoïde, le conduit auditif, la branche horizontale de l'apophyse zygomatique au moyen du lambeau de Stacke largement taillé ;

2° Alors au lieu de diriger la gouge d'arrière en avant dans le segment antéro-supérieur de la paroi externe de l'apophyse mastoïde et légèrement de haut en bas et de dehors en dedans en pénétrant à une profondeur de 15 à 17 millimètres, comme on le fait dans les autres procédés, l'auteur porte la gouge, sa face

convexe tournée en dedans, d'avant en arrière au dessous et le long de la portion horizontale de l'apophyse zygomatique en la poussant en dedans et contre la saillie de la paroi postérieure du conduit osseux

En opérant ainsi au dessous de l'apophyse zygomatique et parallèlement à celle-ci, on est assuré de ne commettre aucune erreur de situation.

Dans ce cas, le chirurgien doit naturellement se placer non plus du côté de l'oreille à opérer, mais du côté opposé. De plus, cette méthode n'est possible que grâce à la largeur du lambeau que l'on devra attirer fortement en avant avec les rétracteurs de Volkmann.

Par ce procédé on a l'immense avantage de mettre de suite à découvert la portion de l'antre le plus directement en rapport avec l'additus sans être obligé de creuser beaucoup plus profondément pour ouvrir ce dernier que l'on peut ainsi inspecter et curetter. Il est facile ensuite d'explorer l'attique, de le nettoyer et d'enlever les osselets et notamment l'enclume.

3° Si'il est nécessaire d'opérer sur le recessus épitympanique et sur la partie postéro-supérieure de la paroi labyrinthique de la caisse, l'auteur enlève les deux tiers de la paroi du conduit sans risquer de blesser le facial dans la partie descendante du canal de Fallope.

4° Si l'on est obligé d'inspecter le toit mastoïdien et le toit du tympan, on enlèvera complètement la portion corticale de l'apophyse mastoïde, surtout en haut, en se tenant toujours à $1/3$ ou $1/4$ de centimètre au dessous de la ligne de prolongation en arrière du bord supérieur de l'apophyse zygomatique afin de ne pas pénétrer dans la cavité crânienne.

5° Enfin pour inspecter la paroi labyrinthique de la caisse dans sa partie médiane et antérieure il suffira d'enlever une portion de l'extrémité de la paroi-antérieure du conduit.

Telle est la méthode opératoire de l'auteur qui comprend trois degrés de mastoïdectomie radicale en rapport avec l'extension variable des lésions.

Outre les avantages que nous venons de signaler, cette méthode permet d'éviter de léser le facial, le canal demi-circulaire externe ou transverse, la fenêtre ovale, etc., parce que la gouge pénètre parallèlement à ces organes.

De plus, on ne peut produire aucun «shok» par le labyrinthe car la gouge n'est plus dirigée vers la paroi interne de la caisse.

On sait que cet ébranlement peut amener chez les malades un

collapsus immédiat et c'est avec raison que Haug, Körner, etc., recommandent de l'éviter.

En opérant d'avant en arrière et en dedans on agit sur la partie la moins spongieuse, comme demi-pétreuse, de l'apophyse mastoïde loin de la région épitympanique et de la paroi labyrinthique ou interne de la caisse.

En suivant cette direction, il est impossible de produire les dégâts auxquels exposent les autres méthodes, surtout pour les débutants. Toutefois, si l'apophyse mastoïde est complètement éburnée, la blessure du sinus reste possible, mais dans ce cas il faut reconnaître que cet accident est inévitable quelle que soit la méthode employée.

En résumé, la méthode de V. Cozzolino consiste à prendre comme point de départ de l'acte opératoire, non pas l'attique ou l'antrum comme on l'a fait jusqu'ici, mais le point intermédiaire, c'est-à-dire l'additus, et de là agir plus ou moins en avant ou en arrière suivant les indications.

H. DU F.

Le vertige et la titubation dans les maladies de l'oreille, par THOMAS BARR (*Brit. med. journ.* 1897, p. 1074).

L'oreille moyenne devient le point de départ du vertige dans les cas où la pression sur ses parois augmente, que cette pression soit exercée par des corps étrangers, par des liquides pathologiques ou médicamenteux ou par l'air ; pourtant la pression exagérée dans l'oreille moyenne n'est pas aussi invariablement accompagnée de vertige que l'exagération de la pression labyrinthique ; ainsi l'auteur a enlevé un sequestre comprenant tout le labyrinthe sans qu'il y ait eu trouble de l'équilibre ; par contre, Macewen a vu un patient atteint de vertige avec oscillations antéro-postérieures de la tête et du corps, chez lequel des bourgeons charnus faisaient saillie dans la caisse du tympan à travers un point carié au niveau du canal semi-circulaire externe. — Le syndrome de Ménière au complet peut être provoqué par l'exagération de la pression tympanique, mais parfois les vomissements et les nausées font défaut.

Le vertige peut être extrême ou bien au contraire se borner à une titubation légère, avec propulsion en arrière quand la tête est brusquement tournée vers le côté malade et propulsion en avant quand la tête est remise droite ; quelques patients ne perdent leur équilibre que dans l'obscurité. Quand les symptômes sont dus à l'oreille moyenne une intervention thérapeutique les

fait parfois cesser ; le vertige labyrinthique peut cesser également, mais les bourdonnements et la surdité persistent.

La pression dans l'oreille moyenne peut augmenter assez brusquement pour causer du vertige dans l'action de se moucher, l'auteur en connaît plusieurs exemples ; l'expérience de Valsava est une cause bien plus fréquente de vertiges ; les personnes atteintes de quelque trouble auditif ont souvent recours à cette expiration forcée le nez étant pincé, mais cette exagération de la tension fait à la longue beaucoup plus de mal que de bien ; la congestion cérébrale causée par cette manœuvre a peut-être sa part dans la production du vertige, mais l'oreille moyenne y joue le rôle essentiel ; le procédé de Politzer agit de même.

Les lavages de l'oreille sont capables de causer du vertige même à travers le tympan intact, bien plus souvent encore quand il existe une perforation ; l'auteur a assisté un jour à une véritable attaque de Ménière très violente, consécutive au lavage de l'oreille à travers la perforation du tympan. Dans un autre cas le patient fut pris d'une sorte de parésie des membres inférieurs qui dura plusieurs heures ; peut-être dans ces cas y a-t-il communication pathologique de l'oreille moyenne avec l'oreille interne. Il est fort probable qu'un certain nombre de bons nageurs noyés ont dit d'abord par suite d'une crampe, sont en réalité saisis de vertige dû à l'irruption subite de l'eau dans la caisse à travers une perforation ignorée ou négligée. Les produits inflammatoires sont plus souvent la cause du vertige grave ; l'auteur cite quelques cas d'otite moyenne purulente accompagnée de ces accidents.

En recherchant les causes du vertige et de la perte de l'équilibre il faudra toujours songer à l'extension possible de l'infection de l'oreille aux centres nerveux, mais il serait fort préjudiciable pour le patient si, en présence de vertiges, de vomissements, de titubation, le médecin posait le diagnostic d'abcès cérébelleux ou cérébral sans se rappeler que ces symptômes peuvent procéder directement de l'oreille.

M. N. W.

Cas de thrombose suppurée du sinus, avec pyoémie, consécutive à une suppuration aiguë de la caisse, opéré et guéri, par L. WOLFF (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 2, p. 49, février 1897).

L'époque n'est plus où la phlébite des sinus consécutive aux suppurations de l'oreille était abandonnée à elle-même. Chez une femme qui, cinq semaines auparavant, avait accouché apparut un écoulement d'oreille. Les douleurs s'aggravèrent rapi-

dement. A l'examen on trouva la mastoïde douloureuse, la régions terno-mastoïdienne tuméfiée et très douloureuse. L'apparition d'un gros frisson fit pratiquer l'ouverture de l'antre ; le sinus fut trouvé oblitéré. On le dénuda et on incisa la partie thrombosée qui fut curetté. Malgré le développement de plusieurs abcès métastatiques (bras, épaule, cou) la malade guérit.

L'opération fut pratiquée dès le début des manifestations pyoémiques avant l'apparition des métastases, après le second frisson. Le thrombus était limité à sa partie suppurée non fétide. — Au cours de l'opération, il se produisit par le bout périphérique du sinus une hémorrhagie, qui s'arrêta dès le tamponnement. On crut devoir attendre de nouveaux frissons, qui ne se montrèrent pas, pour lier la jugulaire.

PAUL TISSIER.

Abcès cérébral d'origine otitique, par REYNIER (Société de chirurgie, 20 janvier 1897).

R. présente les pièces d'un malade qu'il a opéré pour un abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne.

Ce malade entra à Lariboisière le 2 janvier 1897 pour un écoulement d'oreille avec céphalalgie et fièvre. Reynier commença par pratiquer la trépanation de l'apophyse, mais à la suite de l'opération, la température élevée persista et le malade eut de l'aphasie. R. se décida alors à faire la trépanation du crâne sur la ligne indiquée par Poirier, au niveau des circonvolutions frontales. Mais la ponction cérébrale fut blanche et ce n'est qu'en agrandissant l'orifice trépané et en ponctionnant très obliquement en arrière que l'abcès fut trouvé. Incision et drainage.

L'opération fut suivie de la chute de la température et de l'apparition d'aphasie. Mais deux heures après, la fièvre réapparaissait, présentant de grandes oscillations et le sixième jour le malade mourait. L'autopsie montra un abcès cérébral siégeant dans le lobe temporo-occipital, avec phlébite des sinus, abcès métastatiques dans les poumons et le foie. R. insiste sur les deux faits suivants : 1° l'aphasie était due non pas à une lésion directe de la troisième circonvolution frontale, mais à la compression du lobe frontal par un abcès du lobe temporo-occipital ; 2° il est préférable de trépaner plus en arrière.

Dans la discussion qui suit, BROCA fait remarquer qu'en suivant la voie mastoïdo-pétreuse, REYNIER serait arrivé directement sur le sinus thrombosé et sur l'abcès cérébral reposant sur l'os malade.

BRUN est du même avis. Il faut, dans des cas de ce genre, aborder le cerveau par l'oreille moyenne, car les abcès siègent presque toujours dans le lobe temporo-occipital. G. LAURENS.

Névrite acoustique d'origine alcoolique, par F. ALT (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 83, n° 7, mars 1897).

Chez un alcoolique atteint de polynévrite et de névrite optique rétrobulbaire on nota : État normal de la membrane tympanique des deux côtés. Montre à gauche 17 centimètres, droite 11 centimètres. Voix flûtée à droite un demi mètre, à gauche trois quarts de mètre, voix haute 4 mètres des deux côtés. Le diapason vertex ut_2 est perçu au point d'application ; Rinne positif des deux côtés avec diminution notable de la perception osseuse. ut et ut_1 sont bien perçus, ut_2 et ut_3 seulement lorsqu'ils vibrent très fort. Pas de changement après cathétérisme et l'insufflation. Pas de troubles subjectifs.

Ces signes plaident en faveur d'une lésion nerveuse. L'existence de polynévrite, l'association des troubles auditifs et oculaires, ces derniers qualifiés de nature alcoolique, rendent plausible d'admettre une névrite alcoolique des nerfs acoustiques.

PAUL TISSIER.

Nouveau cas d'audition colorée, par BRETON (*J. des praticiens*, 1^{er} mai 1897).

Il s'agit d'une dame de 24 ans, bien portante ; elle s'est aperçue de l'audition colorée dont elle est atteinte il y a 7 à 8 ans. Depuis ce moment les phénomènes de coloration se sont toujours produits sans variation, dans les mêmes conditions. Chez elle les voyelles seules se colorent, et leur coloration n'a jamais varié. Pour qu'il y ait coloration, il ne faut point que son attention soit trop fortement tenue en éveil. Excellente musicienne, elle n'a jamais coloré le moindre son.

L. EGGER.

Un cas de surdité liée à l'athérome du système aortique. — Contribution à la pathogénèse de la surdité dite sénile, par A. TRIFILETTI (*Archivio ital. di ot. rin. e laring.*, février 1897).

L'auteur, après avoir résumé l'historique de la question, montra que l'étude de la surdité sénile doit être reprise sur de nouvelles bases.

Parmi les causes qui peuvent la développer il signale l'athé-

rome, et, à ce sujet, donne en détails la relation d'un cas qu'il a observé.

Il s'agit d'un homme de 59 ans, en bonne santé en apparence, atteint de surdité du côté gauche, avec artério-sclérose du système aortique périphérique et troubles de la vue (glaucome à droite).

L'auteur pense que la surdité est liée dans ce cas à l'athérome en se basant sur l'examen clinique. Il ajoute toutefois que des recherches anatomiques et expérimentales ultérieures sont nécessaires pour établir si l'endartérite est capable de produire la surdité ou simplement d'en aider le développement.

Les symptômes objectifs et fonctionnels qu'il a observés dans ce cas sont identiques à ceux que les auteurs ont signalés pour la surdité sénile, symptômes qui autorisent à croire que celle-ci est le résultat d'un trouble trophique.

A propos de la surdité sénile, il est nécessaire de distinguer la forme légère de la surdité complète.

H. DU F.

Surdi mutité, par G. FERRERI (*Archivio ital. di ot. rin. e. laring.*, février 1897).

Dans ce travail l'auteur demande l'union des spécialistes et des instituteurs pour arriver à intéresser les pouvoirs publics au sort des sourds-muets. Il réclame d'abord la création d'une chaire d'otologie dans toutes les universités et ensuite l'instruction obligatoire pour tous les enfants sourds muets.

Nous, qui nous occupons depuis longtemps en France de cette question, ne pouvons que féliciter l'auteur dont nous partageons entièrement l'opinion. En France, l'instruction est *en principe* obligatoire pour tous, mais *en pratique* cela n'a pas lieu. Quant aux chaires d'otologie, peut-être le siècle prochain ! ! !...

H. DU F.

Surdi-mutité, surdité psychique, exercices acoustiques méthodiques, par ASTIER et ASCHKINASY (*Bulletin de la polyclinique de l'Hôpital international*, janvier 1897).

C'est accompagné de quelques applications cliniques, le résumé du livre d'Urbantschitsch, dont la traduction française *in extenso* par le Dr Egger a paru en mars 1897, (voir plus haut, p. 275.)

L. EGGER.

Aphasie de la main droite chez un sourd-muet, par GRASSET, de Montpellier (*Progrès médical*, 31 octobre 1896).

Selon Grasset, la seule « aphasie de la main » est celle du sourd-muet qui, n'ayant pas appris à parler, perd la faculté de parler avec sa main droite. Les observations de cette aphasie de la main proprement dite sont fort rares. Pour qu'elle s'observe nettement, il faut trois conditions : 1° trouver un sourd-muet intelligent, qui n'ait pas appris à parler ; 2° il faut que ce sourd-muet devienne aphasique ; 3° il faut que sa paralysie du bras droit soit assez complète pour ne pas expliquer à elle seule l'impuissance où est le sujet de parler avec sa main droite le langage habituel des sourds-muets. Ces trois conditions se rencontreraient chez un malade dont G. rapporte l'observation.

De ces faits, l'auteur conclut que chez le sourd-muet, il se développe dans son écorce cérébrale, un centre du langage par la main distincte du centre du membre supérieur, puisque la fonction de ces deux centres paraît indépendante et peut être artificiellement dissociée par la maladie. Ce centre du langage par la main se rapproche beaucoup, au point de vue physiologique, du centre de l'écriture. S'en rapproche-t-il aussi au point de vue anatomique et devons-nous le placer sur le pied de la deuxième frontale plutôt que sur le pied de la troisième frontale ? Le cas de G. le fait supposer ; mais ne le prouve pas. G. LAURENS.

II. — NEZ ET SINUS

Abus et dangers de la douche nasale, par LICHTWITZ (*Sem. méd.*, 30 octobre 1897).

Après un court exposé et un historique succinct de la méthode, l'auteur insiste sur l'inutilité que présente dans la plupart des cas ce procédé thérapeutique. Il n'a sa raison d'être que lorsqu'il s'agit de déterger la muqueuse des fosses nasales du pus et des croûtes qui se sont formés sur place, ainsi que cela a lieu dans l'ozène essentiel. C'est la seule maladie pour laquelle L. prescrit encore l'injection nasale, qui constitue la base la plus sérieuse du traitement de l'ozène. C'est à l'anémie qu'il donne alors la préférence.

Pour ce qui est des autres affections nasales, la pratique démontre que les lavages du nez sont ou bien insuffisants ou bien tout à fait inutiles ou, mieux encore, dangereux.

Parmi les dangers qu'ils offrent, citons : les *troubles de l'olfaction* dus à l'altération produite par les solutions médicamenteuses sur l'épithélium de la muqueuse nasale et les terminaisons nerveuses qui l'accompagnent ; les *douleurs de tête* que l'on explique par la pénétration probable de l'eau dans les sinus ; la pénétration du liquide dans l'oreille moyenne, pénétration suivie parfois d'otite suppurée.

L. désapprouve les lavages consécutifs aux opérations nasales (polypes, etc.) et rétro-nasales (végétations adénoïdes).

Enfin il insiste sur l'illusion dont on berce le malade à qui l'on a prescrit la douche nasale. Tandis qu'il reste exposé aux suites graves d'une affection qu'on eût pu guérir radicalement, il ajoute encore à son état les chances d'accidents que procure la douche nasale.

L. EGGER.

Tamponnement du nez dans les épistaxis graves, par ARTH. AF FORSELLES (*Monats. of. Ohrenheilk.*, p. 57, n° 2 février, 1897).

F. propose une modification du tamponnement double classique consistant en ceci. Le tampon postérieur est ovalaire à extrémité antérieure effilée de façon à s'engager assez profondément dans la fosse nasale. On diminue ainsi beaucoup la gêne habituellement causée par ce tampon.

Pour le tamponnement on se sert d'ouate et de gaze iodoformée et pour le tampon antérieur on lie sur une plaque de caoutchouc perforée. Il est bon d'enduire les narines de pommade.

PAUL TISSIER.

Un cas de double oblitération osseuse congénitale des choanes.

Guérison par la galvano-caustique, par A. SCHWENDT (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 105, n° 9, mars 1897).

Les obstructions congénitales de choanes sont assez rares puisqu'en 1889, il ne put en réunir que 25 cas. Depuis cette époque on en a publié un certain nombre. Il s'agit le plus souvent d'oblitérations osseuses. Dans le plus grand nombre des cas l'aspect est typique. Le diaphragme osseux est situé un peu en avant du bord postérieur des choanes. On y voit par la rhinoscopie postérieure les dépressions décrites par Zaufal, Schrötter, Schötz, Eulenstein, etc.). Le palais osseux se dirige obliquement en haut et en arrière, de telle sorte que les cavités nasales sont retirées en entonnoir à leur partie postérieure. La lésion est uni ou bi-latérale. Elle se montre chez des sujets bien por-

tants et d'ordinaire bien constitués. Il y a en outre des oblitérations osseuses congénitales des choanes que l'on peut en quelque sorte considérer comme atypiques, les diaphragmes osseux n'ayant aucune forme régulière, l'oblitération provenant d'exostoses de la paroi latérale, du plancher, ou de déviations du septum (cas d'Hopmann et d'Onodi).

On trouve aussi les choanes fermées chez certains monstres. Ceux-ci appartiennent presque sans exception aux arhinencéphales de Kundrat, et quelques-uns aux cétrocéphales. Il y a alors de nombreuses variétés de lésions (rapprochement des parois latérales des choanes, présence de lames osseuses particulières).

Dans les cas ordinaires, l'occlusion choanale est aussi une anomalie cranio-faciale qui ne porte pas seulement sur le nez et le palais mais encore sur le front et les orbites, de telle sorte qu'on peut les considérer comme un léger degré de la malformation qui constitue l'arhinencéphalie.

Beaucoup plus rare que l'oblitération osseuse est l'oblitération membraneuse congénitale, qu'on a aussi observée chez des monstres et chez des sujets vivants. Le diaphragme est alors entièrement situé derrière les choanes formant un voile étendue du fornix au voile du palais.

Les procédés opératoires varient avec les auteurs (galvano-cautère, trépan, drill, trocars, bistouri). Tous ont leurs avantages. Il est très important après la perforation d'activer le traitement par le cathétérisme à demeure.

Dans le cas nouveau relaté par S. concernant une jeune fille de 15 ans, il faut noter comme particularité;

Le développement relativement élevé du goût coïncidant avec une absence totale d'odorat. Le peu d'atteinte de l'ouïe et la faible rétraction du tympan; le peu d'altération de la voix et en particulier la bonne émission des consonnes; la parfaite accommodation de tout l'organisme à cet état anormal, l'exquise sensibilité de la muqueuse en apparition avec l'anosmie, l'état d'infantilisme de la malade.

L'odorat chez la malade de S. opérée en 1880-1889 reparut.

PAUL TISSIER.

Un cas de rhinite professionnelle, par C. PROTA (*Bollat. della mal. dell. orecch. gola e del naso*, janvier 1897).

Il s'agit d'un homme de 31 ans, dont le métier consistait à fabriquer des étuis pour les orfèvres, le forçant à être constam-

ment en contact avec la sciure de bois de peuplier ou de sapin. Sous l'influence de cette poussière très ténue, il vit survenir progressivement un catarrhe chronique des fosses nasales.

Depuis quelque temps l'obstruction était complète et la respiration nasale impossible.

L'examen rhinoscopique montra l'existence d'un catarrhe chronique purulent ; la muqueuse était considérablement tuméfiée des deux côtés.

Le traitement consista en lavages avec de l'eau alcaline légèrement antiseptique et en applications de vaseline boriquée additionnée d'acide salicylique. En même temps le malade interrompait son travail. La guérison fut facilement obtenue en peu de temps.

L'auteur fait remarquer l'intérêt pratique de cette observation, et rappelle que les causes professionnelles des rhinites sont nombreuses et méritent d'attirer l'attention du médecin.

H. DU F.

Quelques mots encore sur la rhinite dite caséuse, par Y ARSLAN
(*Archivio ital. di ot. rin. e laring.*, février 1897).

L'auteur a eu la bonne fortune de pouvoir observer, dans l'espace de quelques mois, trois malades atteints de rhinite caséuse.

Dans deux cas la rhinite était consécutive à un empyème du sinus maxillaire. Chez la troisième malade elle était survenue au cours d'un catarrhe chronique du nez avec végétations adénoïdes.

L'auteur passe en revue les diverses opinions émises sur l'étiologie de la rhinite caséuse.

Pour lui, elle ne saurait avoir une cause parasitaire, son origine est d'ordre mécanique, et provient d'un obstacle à l'écoulement du pus au cours d'une rhinite purulente préexistante.

H. DU F.

Corps étranger simulant la rhinite dite caséuse, par ZAPPAROLI
(*Bollett. dell. mal. dell. o. la gola e del naso*, février 1897).

Cette observation a trait à un enfant de 9 ans, qui, deux mois auparavant avait commencé à ressentir des symptômes d'occlusion de la joue nasale droite. Cet état s'était ensuite aggravé et les sécrétions étaient devenues purulentes et fétides.

La véritable cause de cette affection ne fut pas reconnue par

deux médecins qui l'examinèrent d'abord. Le Dr Zapparoli lui-même, après un premier examen crut à une rhinite caséuse. Mais après avoir extrait un bouchon de matière dure il s'aperçut qu'il contenait au centre un bouton de bottine. La cause réelle de l'affection était donc très nette. Du reste la guérison survint ensuite rapidement.

L'auteur fait remarquer combien sont grandes les divergences d'opinions des divers spécialistes en ce qui regarde l'étiologie de la rhinite dite « caséuse ».

L'examen des travaux publiés et ses propres observations l'amènent à penser qu'il n'existe pas de rhinite caséuse primitive et que cette forme secondaire est due à des causes variables telles que, syphilis, traumatisme, corps étranger, sinusites, etc.

H. DU F.

Sur le diagnostic différentiel entre les rhinites chroniques et l'ozène, et sur le traitement antiozèneux, par DELLA VEDOVA (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, février 1896).

L'auteur signale d'abord les défauts des classifications admises aujourd'hui à propos des rhinites chroniques.

Il pense que les recherches bactériologiques permettront de rectifier les erreurs qu'elles contiennent.

Au point de vue de l'ozène, il résume ses publications antérieures et critique vivement l'opinion du P. Cozzolino.

En ce qui concerne le diagnostic différentiel des rhinites chroniques, il signale que le bacille simil-diphthérique manque absolument dans les formes suivantes :

- 1° Rhinite avec croûtes, sans odeur ;
- 2° Rhinite avec sécrétion catharrale abondante et odeur ;
- 3° Rhinite sèche avec atrophie plus ou moins prononcée de la muqueuse ;
- 4° Rhinite avec croûtes et avec odeur ;
- 5° Rhinite avec croûtes, sans odeur mais avec atrophie de la muqueuse ;
- 6° Rhinite avec sécrétion légère, sans odeur, mais avec atrophie des cornets.

Ce fait permet de mettre en doute certains cas de guérison d'ozène.

L'auteur conclut en déclarant que le bacille simil diphthérique est la cause directe de la rhinite chronique fétide atrophifiante dite ozène, ce qui la différencie des autres rhinites. La sérothérapie est le seul traitement spécifique.

H. DU F.

Sur le traitement de l'ozène vulgaire, par FRANZ BRUCK (*Berliner klin. Wochenschrift*, p. 53, n° 3, 18 janvier 1897).

Bruck rappelle les bons effets de la méthode de Gottstein dans le traitement de l'ozène. Le tampon d'ouate hydrophile qui doit être introduit dans le nez doit être placé en contact immédiat avec les parties recouvertes de croûte. Cette technique est fort mal indiquée par la plupart des auteurs. Le tampon agit à la fois comme irritant léger excitant la sécrétion glandulaire et comme absorbant. C'est donc à tort que certains auteurs ont voulu expliquer les bons effets du tamponnement par le rétrécissement des cavités des fosses nasales (Sänger, Kafemann). Au lieu d'appliquer un tampon d'ouate hydrophile qui gêne la respiration nasale lorsque le tamponnement doit être bilatéral, l'auteur propose l'emploi de bandelettes de gaze hydrophile.

Il reconnaît d'ailleurs que ce traitement doit être employé d'une façon constante, qu'il n'est de nature que palliative et il semble ignorer qu'à l'heure actuelle il est sinon facile, du moins possible d'obtenir la guérison de la maladie. PAUL TISSIER.

Traitement du catarrhe naso-pharyngien aigu, par F. ELVY, (*Revue internat. de rhinologie, otologie et laryngologie*, janvier 1897).

L'auteur injecte au début de la crise un demi-milligramme de sulfate d'atropine et un centigramme de sulfate de morphine dans dix à vingt gouttes d'eau distillée. Les symptômes s'apaisent rapidement. Quelquefois il peut être utile de renouveler l'atropine et la morphine au bout de quelques heures.

L. EGGER.

Résection temporaire maxillo-malaire par le procédé de Roux comme opération préliminaire dans la cure des polypes naso-pharyngiens, par DEPAGE (Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles, *Bulletin de la séance du 5 octobre 1896*).

Jeune homme âgé de 18 ans, atteint depuis trois ans de polype naso-pharyngien, traité depuis deux ans par l'électrolyse, sans résultat.

Narcose au chloroforme. Trachéotomie préventive et tamponnement de la trachée au moyen de la gaze iodoformée. Ligature de la carotide externe à droite.

Opération d'après le procédé de Roux. — Quinze jours après

l'opération, le maxillaire est parfaitement en place, mais il reste légèrement mobile.

Un mois plus tard, opération de staphylorrhaphie, la trachée étant de nouveau ouverte pour favoriser la narcose.

Résultat excellent.

J. EGGER.

Anatomie chirurgicale des sinus frontaux avec quatre cas traités chirurgicalement ; remarques, par H. TILLEY (*Revue internat. de rhinologie, otologie et laryngologie*, janvier 1897).

C'est avec quelques modifications de détails et enrichi d'un nouveau cas, le travail publié dans la *Lancet* sous le titre « Recherches au point de vue chirurgical sur les sinus frontaux de cent vingt crânes, avec observations sur les divers modes de traitement » et analysé dans les *Annales* de février 1897.

Dans la nouvelle observation, il s'agit d'une sinusite fronto-maxillaire bilatérale, où les sinus maxillaires ne furent naturellement guéris qu'après les sinus frontaux dont le pus les infectait. Les deux sinus frontaux furent drainés par le canal nasofrontal et tamponnés. Ce n'est que cinq jours plus tard que l'on supprima le tamponnement et que l'on sutura les bords de la plaie frontale après les avoir ravivés.

L. EGGER.

Destruction du septum nasal sans déformation du nez, par BAYET (Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles, *Bulletin de la séance du 3 avril 1897*).

Passant en revue les déformations que la syphilis fait subir au nez (type à ensellure, type en lorgnette) Bayet énumère tous les facteurs qui peuvent intervenir dans ces déformations. Toutefois, il ne dit rien de l'influence cicatricielle sur le type à ensellure ; et sur le type en lorgnette, il dit : « Peut-être la rétraction cicatricielle de la peau et du tissu cellulaire qui réunit les cartilages nasaux intervient-elle aussi ? »

Quoi qu'il en soit, Bayet trouve que le rôle prépondérant assigné à la cloison médiane et surtout au vomer est exagéré, et présente, à l'appui de son opinion, un cas où le septum osseux et le septum cartilagineux ont entièrement disparu, bien que le nez ait conservé sa forme. Cela tient au fait que la voûte (os nasaux, cartilages latéraux) est restée intacte, et surtout au fait que le malade est atteint d'acné hypertrophique avec épaissement des tissus du nez ; c'est cette circonstance qui permet au nez de conserver sa forme, en donnant aux parties molles hyperplasiées des points d'appui à la base et à la voûte du nez.

L. EGGER.

La prothèse du nez, par BERGER (*Académie de médecine*, 9 mars 1897).

L'auteur présente une charpente métallique fabriquée par Goldenstein, pour servir de support aux parties molles du nez dans les réparations de cet organe nécessitées par une destruction étendue de son squelette. Cet appareil, construit sur le principe de ceux de Martin (de Lyon), présente sur ceux ci un triple avantage.

1° Formé de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, on peut régler sa longueur suivant les besoins de chaque cas particulier, et se servir d'un même modèle pour la réparation de pertes de substance très diverses.

2° Il ne s'implante pas sur le squelette au moyen de chevilles enfoncées dans les os de la face, mais il s'adapte aux bords de la solution de continuité des os au moyen de fourches qui terminent ses branches et qui s'appliquent sur ces bords. De cette manière, on évite l'ostéite qui se développe au niveau des points où la charpente se fixe sur le squelette, l'ébranlement et le déplacement ultérieurs de l'appareil.

3° Cette charpente, construite avec soin avant l'opération, s'adapte mieux aux parties molles, les soutient plus également et permet d'éviter les ulcérations qu'ont parfois déterminées les pièces métalliques préparées par Martin.

Berger s'est servi de l'appareil en question pour remplacer la charpente du nez sur un sujet qui avait une destruction complète du squelette nasal, produite par un coup de feu. Ce malade avait d'abord porté un appareil de Martin, qui avait produit sur la face dorsale du nez une assez large perforation, et qui, en se déplaçant, avait obstrué les narines.

L'appareil de G., appliqué par Berger, fut mieux supporté, mais il n'empêcha pas la sous-cloison, tendue sur son bord inférieur, de se détruire.

La prothèse, faite au moyen de charpentes métalliques, peut rendre de réels services, dans les cas de destruction du squelette du nez ; néanmoins Berger pense qu'elle n'est qu'un pis-aller et qu'il ne faut l'employer que dans les cas où les méthodes autoplastiques sont impuissantes à faire disparaître une difformité.

G. LAURENS.

Sarcome du sinus frontal, par BERGER (*Académie de médecine*, 2 mars 1897).

Berger fait un rapport sur une observation adressée par Luc.

Il s'agit d'une femme qui portait une tumeur kystique au niveau de la région sourcilière droite. Cette tumeur fut ponctionnée puis elle se reproduisit. Luc hésita entre un kyste et un empyème du sinus frontal. Il pratiqua l'opération suivante : il fit une trépanation du sinus frontal qui contenait un liquide colloïde et des fongosités de nature sarcomateuse. On fit la réunion immédiate, mais il y eut une suppuration secondaire, qui amena une nouvelle intervention. Celle-ci montra l'existence d'un prolongement intra-orbitaire de la tumeur enlevée. Malgré un tamponnement du sinus frontal, il apparut des phénomènes d'encéphalite suppurée.

Dans une troisième opération, Luc incisa la dure-mère, lava la surface cérébrale recouverte d'un exsudat suppuré et ponctionna les circonvolutions sans obtenir de résultats. Tamponnement consécutif. Les jours suivants, la malade sortit de son état comateux, et la convalescence fut troublée seulement par une pneumonie septique de courte durée. La guérison fut complète.

Berger insiste sur la rareté des sarcomes fuso-cellulaires à dégénérescence colloïde du sinus frontal. L'exophtalmie est un bon signe des tumeurs solides de ce sinus frontal, lorsqu'elles ont gagné l'orbite. Les dangers de l'intervention sur le sinus frontal sont assez grands : le tamponnement doit suivre les opérations sur les cavités du crâne. Le pronostic d'une pareille tumeur est sérieux, et il est probable, dans le cas dont il s'agit, qu'une récidive se produira. Toutefois l'opération large faite par Luc est de nature à mettre le maximum des chances favorables du côté du malade.

E. LAURENS.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

De l'influence des affections chroniques de la gorge sur certains troubles de la parole, en particulier le bégaiement, par E. COEN, (*Revue internationale de rhinologie, otologie et laryngologie*, février 1897).

Pour le balbutiement, qu'il soit organique ou fonctionnel, il ne peut jamais s'améliorer ou disparaître sans une correction didactique et méthodique des organes de l'articulation, correction qui doit toujours suivre le traitement local des organes en question.

Le bégaiement, au contraire, étant une affection de nature centrale et névrosique ne saurait être amélioré ou aggravé que

par des conditions morbides générales de l'organisme, telles, par exemple : les lésions traumatiques qui frappent certaines parties du corps, en particulier la tête, la nuque et la colonne vertébrale ; les excitations psychiques, les altérations graves du système nerveux, les maladies nerveuses, etc. ; mais ce vice de la parole ne saurait jamais être influencé par des affections chroniques locales de la gorge.

L. EGGER.

Empoisonnement par le sublimé corrosif. — Gangrène de la bouche, de la vulve, du gros intestin, etc. — Mort dans le collapsus, par RICHARDIÈRE (*Union méd.*, 21 novembre 1896).

Type de l'empoisonnement par le sublimé. Femme de 25 ans ayant absorbé environ 3 grammes de sublimé en solution au 1/10.

Obligé de nous limiter aux lésions buccales, signalons que la muqueuse buccale, saine le premier jour, s'est bientôt couverte d'ecchymoses étoilées, auxquelles ont succédé des eschares et des ulcérations gangréneuses occupant l'amygdale gauche, la face interne des joues, etc.

Signalons l'opinion de R. à propos de la gangrène assez rare de la vulve dans cette intoxication : à défaut d'autres preuves, elle suffirait pour démontrer que dans l'intoxication par le sublimé, les gangrènes ne sont pas dues à une action locale, caustique du poison. Elles sont bien manifestement d'origine générale et dues aux altérations du sang.

L. EGGER.

Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses : à propos d'un cas d'angine pseudo-membraneuse due au muguet, par MONNIER (*Gazette méd. de Nantes*, 12 octobre 1896).

Observation d'un malade atteint de brûlures étendues pansées à l'acide picrique. Vingt jours après, avant la cicatrisation des plaies, angine catarrhale. Le lendemain cette angine présente l'aspect pseudo-membraneux ; l'exsudat, légèrement teinté en jaune, comme d'ailleurs tout le reste du corps, par l'acide picrique, occupe les piliers du voile du palais et l'amygdale du côté droit. Deux jours plus tard, l'amygdale gauche est prise à son tour ainsi que la langue dans son entier. Les fausses membranes, très épaisses, se détachent facilement. — Douleur buccale, ganglions sous-maxillaires engorgés et douloureux, fièvre pendant une semaine. — Congestion pulmonaire de la base gauche.

Les fausses membranes ne se dissocient pas dans l'eau, et sont constituées par un enchevêtrement de fibrine dans les mailles de laquelle se trouvent des cellules épithéliales.

L'examen bactériologique ne décèle que des formes coniques ressemblant à des levures. Les ensemencements donnèrent des cultures pures de ces levures dont l'aspect rappelait assez exactement l'oidium albicans, et dont l'ensemencement sur carotte, ne laissait pas de doute. Sur gélatine, sérum ou agar on n'obtenait que des spores; ce n'est que dans le bouillon âgé que l'on put obtenir des filaments enchevêtrés, mais peu longs et peu épais. Un lapin inoculé mourut après dix jours avec trois infarctus rénaux constitués par le parasite.

Cette observation intéressante est à rapprocher de celle de Teissier (*Arch. de méd. expér.*, n° 2, 1895). L. EGGER.

Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphthérie, par GRANCHER (*Bull. méd.* 14 mars 1897).

Seul le bacille long et enchevêtré est nettement, certainement diphthérique. Les auteurs ne sont pas d'accord quant aux autres bacilles. Le diagnostic bactériologique n'est donc pas toujours sûr. De plus, il n'est pas rapide. Donc, c'est le diagnostic clinique qui doit primer, dicter au médecin la conduite à tenir, quitte à vérifier plus tard, quand l'état du malade n'inspire plus d'inquiétude immédiate, le diagnostic clinique par le diagnostic bactériologique.

L. EGGER.

Trois cas de chancres de la lèvre inférieure, par BAYET (Soc. roy. des sc. méd. et nat. de Bruxelles, *Bulletin de la séance du 5 avril 1897*).

Présentation des malades.

L. EGGER.

Les abcès endo et péri-tonsillaires, par C. MONORI (*Bollettino delle malatt. delle orech. della gola e del naso*, mars 1897).

Dans ce travail, l'auteur résume la pathologie des abcès qui se développent dans le parenchyme tonsillaire et dans le tissu cellulaire environnant. Au point de vue étiologique il rappelle qu'en 1880, Fowler a émis l'opinion que l'amygdalite et la péri-amygdalite devaient être considérées comme ayant une origine rhumatismale. Cette opinion a été depuis confirmée par Saint-Clair Thomson, Haig Brown et Archibald.

C'est pour cette raison que Giné et Bosworth ont administré

dans ces cas le salicylate de soude. Cependant, on doit reconnaître que ce traitement n'a pas eu l'efficacité à laquelle on aurait pu s'attendre. La maladie suit le plus souvent son cours et il se forme un abcès.

Quand l'abcès est formé, il est nécessaire de l'ouvrir. L'incision doit être faite d'après le principe de Chiari qui conseille de plonger le bistouri en un point situé au-dessus d'une ligne horizontale passant par la base de la luvette en ayant bien soin de ne pas atteindre le pilier antérieur. L'incision devra être suivie de lavages antiseptiques boriques ou phéniques. Cette incision n'est pas sans danger, comme le prouve le fait de Chassaing, et l'on est exposé à ouvrir de gros vaisseaux. Toutefois, s'il est nécessaire d'agir avec prudence, ce n'est pas une raison pour s'abstenir, car on a observé dans ce cas des accidents pyoémiques.

Lorsque l'abcès a été traité et guéri, il faut chercher à en préserver le retour. Pour cela on devra enlever les amygdales si celles-ci restent hypertrophiées. La galvano-caustique sera utile lorsque les tonsilles sont d'un petit volume. Enfin on devra prescrire un traitement anti-rhumatismal et ne pas négliger les autres affections de la gorge qui pourraient exister. H. DU F.

Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale, par MOREL-LAVALLÉE (*Bull. med.*, 30 décembre 1896).

Les deux symptômes fondamentaux sont l'induration, parfois ligneuse, et l'adénopathie. Le bubon satellite siège entre la grande corde de l'os hyoïde et le creux parotidien. On voit, à la région rétro-maxillaire, une tuméfaction volumineuse, proéminente, dure, indolente et aphlegmasique, mais non dénuée d'un certain degré d'empatement, soudant le « ganglion chef » de la pléiade aux ganglions du voisinage, et déterminant une grosse saillie ovoïde déformant la région du cou.

Ces symptômes fondamentaux existaient dans un cas où la marche même de la maladie et les traces d'un chancre ancien ne faisaient aucun doute sur la non spécificité de l'amygdalite actuelle. D'ailleurs, dans son interrogatoire le malade avait dit avoir eu plusieurs fois semblable angine. L. EGGER.

Contribution à l'étude de l'actino-mycose en France, actinomycose circonscrite du maxillaire inférieur, par DUCOR (*J. de médecine de Paris*, 29 novembre et 6 décembre 1896).

Voici les principales conclusions de ce travail :

1° L'actinomycose néoplasique limitée est moins rare qu'on ne

le suppose ; ses productions ont été plus d'une fois confondues avec des tumeurs diverses solides ou polykystiques ;

2° En présence d'une tumeur des mâchoires il faut penser à la possibilité de l'actinomycose, surtout dans le cas où l'on constate du trismus précoce et des fistulettes nombreuses sans engorgement ganglionnaire ;

3° La clinique suffit, à défaut d'un examen bactériologique positif, pour affirmer le diagnostic d'actinomycose ;

4° L'action de l'iodure, absolument héroïque dans certains cas, peut être, dans d'autres, très insuffisante ou ne se produire qu'avec une absorption prolongée du médicament ; le pronostic de l'affection reste parfois très grave ;

5° Le traitement tonique général a une importance capitale.

6° L'intervention chirurgicale ne devra pas de parti pris s'exercer comme vis à-vis d'un néoplasme malin. La résection du maxillaire devra être pratiquée seulement lorsqu'on aura pu s'assurer que l'os est irrémédiablement perdu. L. EGGER.

Kyste épidermique du plancher de la bouche, ablation, guérison, par BOUSQUET (*Bull. méd.*, 21 mars 1897).

Kyste volumineux médian, faisant saillie sous le menton, repoussant en haut tout le plancher de la bouche, constituant en avant et au-dessus de l'arcade dentaire une saillie du volume d'une grosse mandarine. Extirpation après cocaïnisation préalable de la muqueuse. Guérison, examen histologique : K. épidermique. L. EGGER.

Lymphadénie tonsillaire, par G. GERONZI (*Archivio ital. d'otol. rin. e laring*, février 1897).

L'auteur a entrepris une étude critique sur les tumeurs de l'amygdale et spécialement sur la lymphadénie.

Les tumeurs malignes des tonsilles sont relativement fréquentes, contrairement à l'opinion de Lennox Browne.

En ce qui regarde les tumeurs malignes des glandes lymphatiques, il existe une certaine confusion dans leur nomenclature. Dans beaucoup de cas le diagnostic sarcome, lymphadénome, lymphosarcome.... etc., reste douteux.

Afin d'éclaircir cette question l'auteur passe en revue un grand nombre d'observations et y ajoute des observations personnelles.

Le diagnostic doit surtout reposer sur l'étude clinique.

La bilatéralité de l'affection semble être un symptôme

pathognomonique de la multiplicité des tumeurs *d'emblée* dans le système lymphatique indique plutôt la lymphadénie.

La diffusion de la tumeur dans les tissus voisins de l'amygdale est un autre symptôme positif.

Comme le sarcome, la lymphadénie se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme.

La terminaison est le plus souvent mortelle.

Toute opération est contre-indiquée.

L'auteur examine ensuite le côté étiologique.

Dans ses observations, il a rencontré des parasites à forme sphérique, dont il donne la description accompagnée de plusieurs figures. Il critique en terminant l'opinion qui attribue aux schyzomycètes la genèse de certaines tumeurs.

H. DU F.

Contribution à l'étude de la paralysie bulbaire unilatérale, par G. GERONZI (*Boll. della soc. lanciaiana degli osp di Roma*, 1896).

L'auteur rappelle qu'il a déjà publié un cas d'hémiatrophie de la langue dans lequel il concluait à l'existence d'une lésion bulbaire du noyau de l'hypoglosse, et montrait que si cette hémiatrophie existe comme symptôme de diverses affections nerveuses, elle peut aussi exister comme entité morbide.

Dans ce travail il donne la relation d'un autre cas analogue avec autopsie et examen histologique.

Observ. — Femme de cinquante-deux ans ; a été opérée sept ans auparavant d'un cancer du sein.

Quelque temps après, douleurs en ceinture rappelant celles du tabes. Depuis 15 jours, l'articulation des mots est devenue subitement presque impossible, langue sèche, déviée à gauche ; moitié gauche diminuée de volume ; luette et voile du palais paralysés du côté gauche, parésie de l'orbiculaire des lèvres. — Urines albumineuses.

L'électrisation montre qu'il n'y a pas de réaction de dégénérescence — Suppression des réflexes du voile du palais et du pharynx. — Voix nasale. — Déglutition difficile. — Mort au bout d'un mois.

À l'autopsie, le système cérébro-spinal ne présente aucune lésion apparente à la vue.

L'examen microscopique permet de constater les faits principaux suivants :

Au niveau de l'entrecroisement des pyramides on trouve à

gauche deux ou trois faisceaux de forme circulaire situés au-dessous du point où naissent les fibres de la XI^e paire.

Par des coupes successives on voit que ces faisceaux se réduisent progressivement en un seul.

Les cellules des noyaux de l'hypoglosse sont un peu moins nombreux à gauche qu'à droite.

Au niveau du quatrième ventricule les différences s'accroissent ; du côté gauche les cellules sont moins nombreuses et leur forme est altérée. Ces lésions deviennent de plus en plus visibles dans le noyau de Stilling... etc..

Du côté de la langue, on trouve que les fibres musculaires sont moins nombreuses et un peu altérées à gauche.

L'auteur discute ensuite longuement la question du diagnostic. Au point de vue clinique il existait une hémiparésie et une hémiatrophie de la langue avec de l'orbiculaire des lèvres, de la luetle et du palais du même côté.

Nous ne pouvons ici que renvoyer le lecteur à cette partie du travail où il trouvera tous les renseignements nécessaires.

L'auteur conclut à l'existence d'une lésion bulbaire limitée aux noyaux de l'hypoglosse.

H. DU F.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Etude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée, par HEPP (*Gazette des hôpitaux*, 2, 9, 16, 18 mars 1897.)

De sa longue et très intéressante étude, Hepp tire les conclusions suivantes :

1^o Il existe une forme de laryngite aiguë primitive de l'enfance, non diphthérique, caractérisée par une dyspnée permanente progressive, interrompue par des accès de suffocation pouvant aboutir à la mort par asphyxie, en tout semblable à celle du croup.

2^o Cette laryngite n'est pas une laryngite pseudo-membraneuse ; elle se rapproche de la laryngite striduleuse par ses conditions étiologiques et par l'absence de symptômes d'une intoxication générale.

3^o Elle peut nécessiter pourtant, par la gravité de la dyspnée qui accompagne son évolution, une intervention chirurgicale jusqu'ici réservée au croup.

4° Peut-être faut-il rapporter à cette affection beaucoup de cas de croups d'emblée sans origine diphthérique observés avant la période bactériologique de la diphthérie.

G. LAURENS.

Le diagnostic de la tuberculose laryngée, par le prof. F. MASSEI
(*Archivio ital. di otol. rinol. e laring.*, février 1897).

La tuberculose laryngée se reconnaît facilement quand il existe des lésions pulmonaires non douteuses et des troubles de la phonation. Mais dans beaucoup de cas le diagnostic est difficile, surtout au début, et alors que les lésions de l'appareil respiratoire sont légères. On peut croire à la syphilis et même au cancer.

Il est certain que le doute est admissible lorsque l'examen stéthoscopique ne donne pas de résultats et que l'on n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les crachats.

Le laryngoscope peut, lui aussi, induire en erreur.

L'auteur affirme qu'il existe des cordites chroniques tuberculeuses qui ressemblent exactement à des cordites simples. Il a pu vérifier le fait en enlevant des parcelles de la muqueuse et en les examinant au microscope.

Il pense que la laryngite tuberculeuse primitive est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et il espère que, grâce aux moyens d'examen actuels, le médecin saura la reconnaître à temps, condition indispensable pour obtenir la guérison.

H. DU F.

De quelques formes prolongées de diphthérie laryngée, par le Prof. L. CONCETTI (*Pediatrics*, n° 9, 1896).

Après avoir rappelé les travaux antérieurs concernant les cas de croup à marche lente, l'auteur fait remarquer que depuis 1887 il a rencontré quatre cas analogues.

Il donne ensuite la relation d'une cinquième observation concernant un jeune garçon âgé de 6 ans, chez lequel les premiers symptômes du croup débutèrent en décembre 1895.

La sténose laryngée augmenta progressivement. Ce ne fut qu'au bout de quatre semaines que l'on pratiqua des injections de sérum qui furent suivies d'une légère amélioration.

Puis la maladie reprit sa marche, lentement progressive. Le douzième mois, l'état de la respiration nécessita la trachéotomie qui fut pratiquée plus de trois mois après le début de l'affection. On injecta ensuite du sérum à plusieurs reprises et la

guérison ne survint qu'à partir du 24 avril, jour où la canule put être enlevée.

Cette observation est intéressante non seulement à cause de la marche des symptômes, mais surtout parce que l'examen bactériologique fut pratiqué à plusieurs reprises et permit de reconnaître l'atténuation progressive de la virulence du bacille de Læffler, sous l'action du sérum et sa disparition totale vers la fin de la maladie.

On peut donc dire que dans ce cas il y avait réellement diphthérie laryngée due au bacille de Læffler, mais que la forme prolongée de la sténose n'a pas eu pour cause le développement continu de ce bacille.

La sténose du larynx peut alors dépendre des lésions anatomiques (végétations, cicatrices, etc.), ou d'infections secondaires non diphthéritiques.

H. DU F.

Parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup, par SEVESTRE (*Progrès médical*, 6 février 1897).

Il faut chercher les éléments d'appréciation qui permettent de résoudre cette question dans l'examen comparatif de l'opération elle-même et des accidents qui peuvent se produire pendant son cours ou survenir dans les jours suivants. De cette étude, S. conclut que le tubage est, sans contestations possibles, la méthode de choix dans l'intervention opératoire du croup; mais il ne doit être pratiqué que si l'opéré peut rester sous la surveillance directe et immédiate d'un médecin habitué à l'opération; en dehors de ces conditions, c'est à la trachéotomie qu'il faut avoir recours.

G. LAURENS.

Un cas de paralysie laryngée dothiéntérique. Etude de cette affection d'après les cas connus, par MOLLARD et BERNOUD (*Bull. méd.*, 31 mars 1897).

Après un historique de la question, les auteurs publient un nouveau cas de cette dangereuse complication.

Il s'agit d'une fièvre typhoïde dont le diagnostic, signé par le résultat positif de la réaction agglutinante de Widal, a été confirmé par tous les symptômes rationnels de l'affection.

Pendant le cours de cette maladie sont survenues deux complications intéressantes en elles-mêmes, et aussi par leur association :

1^o Une paralysie du voile du palais, peu intense, sans grand fracas ;

2^o Une paralysie laryngée avec symptômes alarmants, danger de mort immédiate, laquelle guérit cependant spontanément.

Suit une étude complète des paralysies laryngées dothiénétiques, dont nous ne retiendrons que la pathogénie. Les auteurs se rattachent à la théorie de la névrite segmentaire péria-axile, développée sous l'influence de la typhotoxine.

L. EGGER.

V. — OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE, COU, etc.

Guérison par le traitement thyroïdien d'un goître plongeant à la veille d'être opéré, par L. LICHTWITZ et SABRAZÈS (*Bull. méd.*, 31 janvier 1897).

Le goître plongeant rétro-sternal, traité sans succès pendant un an par l'iode, menaçait le malade de suffocation et semblait devoir commander à brève échéance l'intervention chirurgicale. Mais auparavant, on essaie le traitement thyroïdien : chaque jour, avant le repas de midi, alternativement, une cuillerée à café — représentant 0 gr., 50 de pulpe saine et fraîche — d'un extrait glycérique de corps thyroïde de mouton et une tablette équivalant à 0 gr., 30 de cette pulpe ; suppression de tout autre traitement. Au bout de peu de temps la respiration s'accomplit beaucoup plus librement, au bout de quinze jours le goître commença à rétrocéder, au bout de quarante jours, on constata pour ainsi dire la fonte du goître ; creux sus-sternal libre, trachée à découvert.

L. EGGER.

Le traitement chirurgical des goîtres. Revue générale, par DOUBRE (*Bull. méd.*, 20 janvier 1897).

Revue générale des opérations pratiquées actuellement sur les goîtres.

L. EGGER.

Gonflement des parotides dans l'urémie, par RICHARDIÈRE (*Union médicale*, 31 octobre 1896).

Observation d'un urémique pris subitement de gonflement douloureux des parotides, sans pyalisme.

L. EGGER.

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage, par PÉAN (Académie de médecine, 12 décembre 1896.)

Observation d'une enfant ayant avalé une pièce de cinq centimes. Pendant quelques jours elle put absorber assez facilement les liquides. Une grande gêne et quelques douleurs s'étant manifestées, on fit différentes tentatives d'extractions qui n'amènèrent aucun résultat, et on soumit l'enfant à la radiographie. Celle-ci fut suivie d'une œsophagotomie externe. Le résultat fut satisfaisant, et l'enfant put être alimentée dès le premier jour, sans crainte que la nourriture ne passe par la plaie. Ce cas très intéressant prouve combien la radiographie est utile pour reconnaître la présence d'un corps étranger.

G. LAURENS.

Œsophagite phlegmoneuse, septicémie cryptogénétique, par C. BAZZINI (*Archivio ital. di ot. rin. e laring.*, février 1897).

Pendant l'année scolaire 1895 96, l'auteur a observé un cas d'œsophagite phlegmoneuse primitive.

Cette observation a trait à un homme de 56 ans qui, en pleine santé, fut pris subitement de frisson avec fièvre. Trois jours après il entre à l'hôpital. On note alors les symptômes suivants : Température 40°. Douleur très vive s'étendant depuis la gorge jusqu'à la moitié de la région sternale. A l'auscultation, foyers de broncho-pneumonie. Rate légèrement augmentée de volume. Urine albumineuse.

Cet état persiste le lendemain. — Le malade se plaint surtout de sa douleur rétro-sternale. L'état s'aggrave. Coma. Mort après cinq jours de maladie.

A l'autopsie on découvre un phlegmon sous muqueux de l'œsophage s'étendant jusqu'au cardia. Le pus contient des streptocoques.

En résumé : angine et pharyngite erythémateuse catarrhale ; œsophagite phlegmoneuse ; noyaux de broncho-pneumonie ; uéphrite parenchymateuse aiguë ; septicémie par streptocoques.

L'auteur fait remarquer qu'il n'a pas trouvé dans la littérature médicale un cas analogue. Les cas de phlegmon de l'œsophage, jusqu'ici publiés, sont tous consécutifs. Pour lui, dans son observation, il s'agit d'une injection streptococcique à marche descendante.

H. DU F.

Déchirure de l'œsophage sain par le vomissement, par WEST (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 917).

L'auteur communique à la Pathological Society of London le cas d'un homme de 55 ans qui ressentit une vive douleur au cours de vomissements et arriva à l'hôpital en état de collapsus. On trouva à son autopsie un petit épanchement dans la plèvre, du liquide louche dans le médiastin et à un pouce du cardia dans la paroi gauche de l'œsophage une déchirure longitudinale longue d'un pouce; la paroi était d'ailleurs normale et non attaquée par le suc gastrique.

M. N. W.

Cancers multiples du tube digestif, par M. LETULLE (*Presse médicale*, 13 mai 1897).

A l'occasion d'une étude générale sur les cancers multiples du tube digestif, sur la différenciation entre lésions primitives et secondaires, et lésions primitives multiples, l'auteur cite le cas, avec figure, où il existait d'une part un cancer primitif du pharynx (épithélioma tubulé) ayant détruit l'amygdale gauche, la base de la langue et la moitié gauche de l'épiglotte, d'autre part un cancer primitif de l'œsophage (épithélioma lobulé) siégeant à l'origine du tiers moyen du canal, sur sa face antérieure, sans perforation.

L. EGGER.

Emphysème sous-cutané étendu comme complication de la diphthérie, par J. SCHUTZ SHARMAN et D. D'ESTERRE (*Lancet*, 3 avril 1897).

Chez un enfant âgé de 6 ans atteint de diphthérie, apparut à la base du cou un emphysème cutané, donnant lieu au craquement caractéristique et formant des tumeurs à l'extrémité sternale de la clavicule. Le lendemain, l'emphysème gagna les régions sous-maxillaires et descendit à la poitrine; au bout de quelques jours on percevait de l'air sous la peau tout le long du tronc, mais surtout à droite de la ligne médiane. On n'administra pas de sérum antitoxique. La dyspnée n'augmenta pas au point de nécessiter la trachéotomie. Le malade mourut et à l'autopsie nous ne pûmes examiner que le cou, mais cela suffit pour éliminer la possibilité d'une ulcération ou perforation trachéale ayant provoqué l'emphysème. La trachée et le larynx étaient revêtus de fausses membranes.

La permission de pratiquer une autopsie complète ayant été

refusée, on ne put découvrir l'origine certaine de l'emphysème mais il était probablement dû à la rupture d'une vésicule d'air et à son échappement à travers les tissus adjacents du médiastin et ensuite dans le cou et le tronc. SAINT CLAIR THOMSON.

Diphthérie de l'ombilic, par B. PITTS (*Lancet*, 3 avril 1897).

Enfant de quatorze jours; le cordon avait été sectionné le huitième jour et depuis, la plaie avait continué à suppurer. L'ombilic était le siège d'une escarre de vilaine apparence, couleur peau de chamois, laissant échapper à travers une ouverture d'un ponce environ du pus de très mauvaise qualité. On découvrit que la mère et un frère du malade étaient atteints de la diphthérie, et une culture révéla la présence du bacille de Klebs-Löffler. L'enfant succomba et à l'autopsie on ne trouva rien d'anormal dans le larynx ni dans le pharynx, ni même dans les parties plus profondes. SAINT CLAIR THOMSON.

Traitement antitoxique de la diphthérie à l'hôpital Saint-Georges, par CH. SLATER et J. A. CAMERON (*Lancet*, 12 juin 1897).

Statistiques de la mortalité avant et depuis l'introduction de l'antitoxine. Les tableaux ne permettent pas de comparer strictement les cas traités et ceux qui ne le furent pas.

Une amélioration est survenue depuis qu'on emploie l'antitoxine. Les médecins qui se servent du sérum estiment qu'il faut faire la trachéotomie bien moins souvent qu'auparavant dans les cas d'obstruction laryngée grave. SAINT CLAIR THOMSON.

Traitement antitoxique de la diphthérie (*Lancet*, 12 juin 1897).

Revue sur le sujet écrite d'après une récente monographie du Prof. Ganghofner, de Prague (*Die Serum Behandlung der Diphthérie*, H. I des I Supplémentes des Handbuchs der speciellen Therapie innerer Krankh. G. Fischer, Iena, 1897). Après avoir parlé des statistiques, l'auteur de l'article fait observer que tous les médecins qui ont employé le sérum disent que ces effets ne sont pas inférieurs à ceux que l'on attribue à l'action spécifique d'autres remèdes.

En recommandant l'antitoxine, on est sûr d'obtenir les mêmes résultats que par l'administration de la quinine chez les févreux et du salicylate chez les rhumatisants.

SAINT CLAIR THOMSON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

Pharynx et Vario

A. Thost. Symptômes et suites des hyperplasies de l'amygdale pharyngée (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1896).

V. Gacker. Sur la technique de l'œsophagoscopie (*Wiener klin. Woch.*, 6 février 1896).

Koenig et Moxter. Sérum antidiphtérique chez un enfant de 5 jours (*Zeits. f. Prak. Aerzte*, n° 1, 1896).

Silex. Maladie de Basedow guérie par les tablettes thyroïdiennes (*Berl. med. Gesells.*, 29 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 10 février 1896).

G. Deichert. Formation de cartilages et d'os sur les amygdales (*Virchows Archiv.*, Bd. CXLI, h. 3).

Rille. Extirpation totale d'un lupus de la face suivie de la transplantation de Thiersch (*Gessels. K. K. Gesells. der. Aerzte, in Wiener klin. Woch.*, 27 février 1896).

E. Fink. Le catarre pharyngé chronique, ses causes et son traitement (G. Fischer, éditeur Iena. 1895).

E. Winckler. Sur l'influence de quelques affections des voies aériennes supérieures sur l'organisme des enfants (*Med. Päd. Monats. f. d. gesam. Sprach.*, mars-avril 1896).

Landgraf. Sur la pathologie du voile du palais (*Berl. klin. Woch.*, 9 mars 1896).

Edm. Meyer. Bactériologie de l'angine lacunaire (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 1, 1896).

F. Pluder. Deux cas remarquables de tuberculose des voies respiratoires supérieures (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 1, 1896).

B. Fraenkel. Nature infectieuse de l'amygdalite lacunaire (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 1, 1896).

E. Kollbrunner. Sur la soudure totale du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure (*Dissert. Inaug.*, Strabourg, 1896).

Echtermeyer. Condylome de la voûte palatine (*Berl. med. Gesells.* 11 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 23 mars 1896).

Blumenfeld. Contribution à l'étude de la valeur de la séro-thérapie anti-diphtérique (*Wiener Rhin. Woch.*, 26 mars 1896).

Karplus. Hémiatrophie linguale isolée (*Verein. f. Psych. u. Neurol.*; in *Wiener klin. Woch.*, 9 avril 1896).

G. Juffinger. Herpès de la muqueuse buccale (*Wiener Aerztegesells. in Innsbruck, in Wiener klin. Woch.*, 9 avril 1896).

Soerensen. Résultats du sérum anti diphthérique de Behring au Blegdamspital de Copenhague (*Therap. Monatsh.*, mars 1896).

T. Heryng. Le phénol sulpho riciné dans les affections tuberculeuses et chroniques du pharynx, du larynx et du nez (*Therap. monatsh.*, mars et mai 1896).

N. Vucetic. Contribution à la diphtérie récidivante (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 14 avril 1896).

R. Paltauf. Remarques à propos du cas de mort subite d'un enfant à la suite d'une injection preventive de sérum de Behring (*Wiener klin. Woch.*, 16 avril 1896).

M. Kassowitz. Statistique du sérum diphthérique (*Wiener klin. Woch.*, 23 avril 1896).

A. Alexander. Carcinôme du maxillaire supérieur (*Berl. med. Gesells. in Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1896).

S. Auerbach. Sur un cas remarquable de diphtérie traité par le sérum de Höchst (*Centr. f. innere med.*, 2 mai 1896).

F. Danziger. Manifestations pharyngo-laryngées au cours de la polynévrte puerpérale (*Monats. f. Ohrenh.* avril 1896).

J. Bernheim. Sur les ramifications du bacille de la diphtérie (*K. K. Gesells. der Aerzte, in Wien. klin. Woch.*, 14 mai 1896).

J. Loos. Recherches sur la capacité du sérum sanguin des enfants sains et diphthériques pour la toxine diphthérique (*Wiener klin. Woch.*, 28 mai 1896).

Zuppinger. Sur les résultats de la sérothérapie de la diphtérie pendant l'année 1895 (*Wiener Rhin. Woch.*, 28 mai 1896).

P. Bruns. Historique du traitement moderne du goitre (*Berl. klin. Woch.*, 1^{er} juin 1896).

B. Fraenkel. Carcinôme de la paroi pharyngée antérieure (*Gesells. der Charité Aerzte, in Berl. klin. Woch.*, 1^{er} juin 1896).

Virneisel. La sérothérapie de la diphtérie (*Munch. med. Woch.*, 12 mai 1896).

Lukasiewicz. Erythème exsudatif multiforme isolé de la muqueuse buccale (*Wiener klin. Woch.*, 4 juin 1896).

R. Neurath. Parésies cérébrales consécutives à la coqueluche (*Wiener klin. Woch.*, 4 juin 1896).

Grœdel. Rhumatisme aigu consécutif à une angine (*Deuts. med. Woch.*, n° 17, 1896).

Staffel. Rhumatisme articulaire consécutif à une angine (*Zeits. f. Prakt. Aerzte*, n° 4, 1896).

Wallenberg. Paralysie labio glosso pharyngo-laryngée gauche consécutive à un foyer de ramollissement du cendre semi ovale droit (*Neurol. Centralbl.*, 1^{er} mars 1896).

R. Kayser. Critique de la thérapeutique pharyngienne (*Therap. monatsh.*, mai 1896).

Soltmann. Résultats obtenus par le sérum de Behring à l'hôpital des enfants de Leipzig (*Jahrb. f. Kinderh.*, 4 juin 1896).

C. Gartung. Exanthème par le sérum dans la diphtérie (*Jahrb. f. Kinderh.*, 4 juin 1896).

P. Jessen. Remarques sur le travail d'Auerbach sur un cas remarquable de diphtérie, etc., paru dans le n° 18 du recueil (*Centralbl. f. innere med.*, 20 juin 1896).

Barth. Actions accessoires du sérum antidiphthérique (*Deuts. med. Woch.*, n° 23, 1896).

Biedert. Mort par manifestations croupales. Contribution à l'étude de la tuméfaction du thymus et des glandes bronchiales (*Berl. klin. Woch.*, 29 juin 1896).

Giese. Sur les suites des opérations de végétations adénoïdes (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1896).

Lichtenauer. Sur les tumeurs bénignes de la luette (*Dissert. inaug.*, Greifswald, 1896).

Muller. Sur les résultats du traitement de la diphthérie à la clinique chirurgicale de Halle du 1^{er} avril 1890 au 1^{er} avril 1896 (*Dissert. inaug.*, Halle 1896).

Reflund. Troubles respiratoires consécutifs aux anomalies de l'épiglotte (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1896).

G. Smirnow. Sur l'antitoxine diphthérique obtenue artificiellement (*Berl. klin. Woch.*, 6 juillet 1896).

Langerhans. Mort par le sérum (*Berl. klin. Woch.*, 6 juillet 1896).

E. Schmiegelow. Contribution à la pathogénie de la langue noire (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 2, 1896).

A. Logucki. Contribution à l'étiologie des abcès péri-amygdaliens (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 2, 1896).

R. Haug. Lipo-mixo-fibrôme de l'amygdale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Bd. 4, h. 2, 1896).

K. Stoerk. L'œsophagoscopie (*Wiener klin. Woch.* 9 juillet 1896).

W. Lublinski. Sur le collage des voies aériennes supérieures (*Centralblatt f. innere med.* 11 juillet 1896).

Lœwenstein. Un cas de disparition totale d'un reste de gottre à la suite de l'extirpation partielle (*Berl. klin. Woch.*, 13 juillet 1896).

J. Disse. Anatomie du pharynx (*Handbuch. f. Lar. u. Rhin.*, fasc. II, A. Hœlder, éditeur, Vienne, 1896).

W. Einthoven. Physiologie du pharynx (*Handbuch. d. Lar. u. Rhin.*, fasc. II, A. Hœlder, éditeur, Vienne, 1896).

G. Spiess. Méthodes d'examen du pharynx (*Handbuch. d. Lar. u. Rhin.*, fasc. II, A. Hœlder, éditeur, Vienne, 1896).

G. Senator. Note sur le traitement des sténoses œsophagiennes par les tiges de laminaire (*Wiener klin. Woch.*, 23 juillet 1896).

K. Stoerk. Réponse à la note de Sénator (*Wiener klin. Woch.*, 23 juillet 1896).

G. Gottstein. Les amygdales pharyngée et palatine comme portes d'entrée de la tuberculose (*Berl. klin. Woch.*, 3 août 1896).

M. Levy. Expériences sur la thyroantitoxine et la thyroïdine (*Deuts. med. Woch.*, 30 juillet 1896).

P. J. Zumbuxh. Contribution à l'étude du thyroïdisme (*Deuts. med. Woch.*, 30 juillet 1896).

Killian. Traitement de l'angine phlegmoneuse et de la péri-amygdalite (*Munch. med. Woch.*, 28 juillet 1896).

Bennecke. Tumeur épithéliale maligne de la glande thyroïde (*Gesells. der Charité Aerzte, in Berl. klin. Woch.*, 24 août 1896).

R. Neurath. Nouvelles remarques sur la sérothérapie de la diphthérie à l'hôpital Infantile Caroline de Vienne (*Wiener klin. Woch.*, 27 août 1896).

Zuppinger. Contribution à l'étude du mutisme hystérique chez l'enfant (*Wiener klin. Woch.*, 27 août 1896).

E. Muller. Recherches sur la présence du bacille diphthérique dans la bouche des enfants non diphthériques placés dans une grande salle d'hôpital (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 11 septembre 1896).

L. Lohr. Sur les expériences d'immunisation contre la diphthérie (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 11 septembre 1896).

Gayer. Cas de paralysie post-diphthérique (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 11 septembre 1896).

Huls. Sur le traitement local de la diphthérie (*Therap. Monatsh.*, septembre 1896).

Katz. Curette ronde pour les végétations adénoïdes (*Therap. Monatsh.*, septembre 1896).

C. Berger. Rétrécissement de l'œsophage (*Deuts. med. Woch.*, 6 août 1896).

A. Kirstein. Examen des parties profondes de la gorge au moyen de la spatule linguale (Autoscopie des voies aériennes) (*Munch. med. Woch.*, 4 août 1896).

Larynx et Trachée.

M. Hajek. Un cas de tuberculose laryngée traité par la méthode chirurgicale endolaryngée (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 9 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 15 mars 1894).

A. Schlossarek. Fantôme laryngien pour servir à l'étude de l'intubation (*Wiener klin. Woch.*, 5 avril 1894).

J. Solis. Cohen. Observation de voix capable de moduler sans moyens artificiels chez un malade auquel on enleva le larynx et le premier anneau trachéal et qui respire sans canule (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

B. Fraenkel. Le prolapsus du ventricule de Morgagni (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

Von Jaruntowski. Insufflation de poudres dans le larynx (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

Winckler. Sur un cas particulier d'asynergie vocale chez un bégue (*Wiener med. Woch.*, n° 41, 1893).

Oresco. Des formes de la tuberculose du larynx et de leur traitement à la polyclinique du Prof. Chiari, à Vienne (*Wiener med. Woch.*, n° 52, 1893).

H. Krause. Traitement de la laryngite chronique (*Berl. klin. Woch.*, 16 avril 1894).

L. Lucatello. Contribution à la pathogénie des affections larynrems dans le typhus (*Berl. klin. Woch.*, 16 avril 1894).

G. Ryngier. Un cas de mutisme hystérique (*Zeits. f. Hypnotismus*, février 1894).

E. Kraus. Phonation artificielle après l'extirpation du larynx. Retour de la voix après la section de cinq anneaux de la trachée, du cartilage aryénoïde et d'une dégénérescence maligne de la glande thyroïde. Un nouveau larynx artificiel (*Allg. Wiener med. Zeit.* 8 et 15 mai 1894).

F. Massei. Sur quelques applications de l'acide lactique en laryngologie. Etude clinique (*Berl. klin. Woch.*, 21 mai 1894).

Stern. L'intubation dans le traitement de la sténose laryngée chez l'enfant (*Therap. monatshefte*, mai 1894).

Cnopf. Indications pour la trachéotomie (*Munch. med. Woch.*, 8 mai 1894).

Brasch. Recherches cliniques sur les troubles de la parole (*Dissert. inaug.*, Berlin 1894).

Irsal. Un cas de guérison de tuberculose laryngo-pharyngée (*Pester med. Chir. Presse*, n° 8, 1894).

Lohoff. Sur la trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*Dissert. inaug.*, Wurzburg, 1894).

Navratil. I. Deux cas de laryngosténose syphilitique. II. Un cas de sténose laryngée périchondrique, guérie spontanément après la trachéotomie (*Pest. med. Chir. Presse*, n° 6 et 14, 1894).

Neumann. Recherches expérimentales sur le mécanisme de la musculature du larynx (*Soc. de med. de Budapest*, 7 avril 1894).

Onodi. Préparations du cerveau ayant servi aux recherches expérimentales sur l'innervation du larynx (*Pest. med. Chir. Presse*, n° 13, 1894).

Polyak. Un cas de sténose laryngée consécutive à une gomme (*Pest. med. Chir. Presse*, n° 8, 1894).

L. Rethi. Un cas d'extirpation de polype du larynx (*Intern. klin., Rundschau*, n° 15, 1894).

Schmidt. Histoire clinique de la pachydermie laryngée (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1894).

Thienhaus. Sténoses par compression de la trachée (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1894).

Werner. Contribution à l'étude des papillomes du larynx (C. Winter, éditeur, Heidelberg, 1894).

A. Epstein. Sur l'hérédité du bégaiement (*Prager med. Woch.*, 7 juin 1894).

G. Schlesinger. Contributions à la clinique et à l'anatomie pathologique des troubles du larynx dans le tabès dorsal (*Wiener klin. Woch.*, 28 juin et 5 juillet 1894).

O. Chiari. Intubation dans les sténoses laryngées non diphthéritiques (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 22 juin ; in *Wiener klin. Woch.*, 5 juillet 1894).

C. Ziem. Miroirs métalliques (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1894).

F. Semon. Coup d'œil rétrospectif sur le développement de la laryngologie et de la rhonologie pendant les années 1884-1894 (*Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, juillet 1894).

Spiering. Sur les trachéalectasies (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1894).

R. Virchow. Présentation des préparations de 2 cas de cancers du larynx guéris par l'extirpation (*Berl. klin. Woch.*, 30 juillet 1894).

J. Wolf. Remarques sur mon cas d'extirpation totale du larynx pour cancer opéré le 8 octobre 1891 (*Berl. klin. Woch.*, 30 juillet 1894).

O. Chiari. Sur la structure histologique des fibrômes des cordes vocales (*Arch. f. Lar. and. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

P. Bergengrün. Contribution à l'étude de la lèpre laryngée (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

A. Sokolowski. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des inflammations laryngiennes chroniques hypertrophiques. (Laryngite chronique hypertrophique, laryngite hypoglottique chronique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

B. Fraenkel. Pachydermie laryngée; historique, anatomie pathologique et pathologie (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

O. Chiari. Pachydermie laryngée, son importance clinique, étiologie et traitement (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

E. Winckler. Une nouvelle lampe d'examen électrique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

B. Fraenkel. Appendice à l'article sur le prolapsus du ventricule de Morgagni paru à la page 369 du premier volume de ces archives (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 1, 1894).

C. Koschier. Lordose de la colonne de la vertèbre cervicale avec ulcérations compressives de la lame du cartilage cricoïde. Sténose laryngée (*Wiener klin. Woch.*, 30 août 1894).

E. M. Stepanow. Anatomie pathologique et histologie du sclérome (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1894).

B. Fraenkel. Ouverture du cartilage thyroïde (*Gesells. der Charité Aerzte*, 11 janvier; in *Berl. klin. Woch.*, 10 septembre 1894).

Bader. Sur un cas de cancer du larynx avec une grave tumeur glandulaire du cou et métastases dans les poumons (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1894).

Bocumecker. La trachéotomie et l'intubation dans le croup (*Dissert. inaug.*, Marbourg, 1894).

J. Katzenstein. De l'innervation du muscle thyroïdien (*Archiv. f. Pathol. Anat. u. Physiol.*, 135, 1).

B. Fraenkel. Croup (*Real. Encycl. der Gessamm.*, Heilk. 1894).

G. Neumayer. Sur [un muscle thyroïdien transverse (*Monats. f. Ohrenh.*, etc, octobre 1894).

O. Chiari. Sténose laryngée intubation par la méthode d'O'Dwyer (*K. K. Gesells. der Aerzte in (Wien.*, 26 octobre; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 6 novembre 1894).

A. Onodi. La phonation dans le cerveau (*Berl. klin. Woch.*, 26 novembre 1894).

L. Rethi. (Quelques affections rares du larynx et du pharynx à la suite de l'influenza (*Wiener klin. Woch.*, 29 novembre 1894).

Aron. Détermination de la tension atmosphérique dans la trachée (*Deuts. med. Zeit.*, 18 octobre 1894).

Scheuer. Les tumeurs de la trachée (Munich, 1894).

O. Frankenberg. Sténoses trachéales provoquées artificiellement (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 11 18 et 25 décembre 1894, 1^{er} et 8 janvier 1895).

Grabower. Sur les noyaux et les racines des nerfs accessoire et vague et leurs fonctions contraires ; contribution à l'étude de l'innervation du larynx (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

P. Bergengrün. I. Deux nouveaux cas de lèpre du larynx. II. 7 cas de phthisie laryngée ayant évolué heureusement et guéri (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

S. Moritz. Un cas d'ulcération étendue de la paroi trachéale postérieure avec perforation de l'œsophage et pneumonie (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

M. Grossmann. Manifestations laryngées au cours d'un anévrysme de la cavité thoracique (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

Edm. Meyer. Un cas de paralysie récurrentielle du côté droit consécutive à un anévrysme de l'artère sous clavière droite (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

B. Fraenkel. Les cartilages cunéiformes du larynx n'ont pas été découverts par Wrisberg et ne doivent donc pas porter son nom (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 2, 1894).

Seifert. Traitement de la trachéo-broncho sténose (*Phys. med. Gesells. zu Würzburg*, 17 novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 13 décembre 1894).

O. Chiari. Kératose circonscrite du larynx (*Prager med. Woch.*, 3 janvier 1895).

A. Rosenbaum. Extirpation de l'épiglotte cancéreuse par la pharyngotomie sous hyoïdienne (*Fren. Verein der Chir. Berl.* ; in *Berl. klin. Woch.*, 28 janvier 1895).

J. Rötter. Extirpation totale du larynx (*Berl. klin. Woch.*, 11 février 1895).

A. Kuttner. Oedème laryngien et laryngite sous muqueuse. Etude historico-critique (Broch. de 82 pages, Impr. G. Reiner, Berlin 1895).

A. Thost. Mode d'infection de la tuberculose laryngée et quelques rares cas de tuberculose du larynx à issue heureuse (*Monats. f. Ohrenh.*, février 1895).

E. W. Tschlenov. Sur un cas de tumeur laryngée circonscrite gommeuse non ulcérée (*Wiener klin. Woch.*, 28 mars 1895).

B. Panzer. Formation de kystes dans le larynx (*Wiener klin. Woch.*, 18 avril 1895).

Schultzen. Trois cas de sténose laryngée (*Gesells. der. Charité Aerzte*, 15 janvier ; in *Berl. klin. Woch.*, 27 mai 1895).

Schroetter. Contribution à l'étude du sclérome des voies respiratoires (*Monats. f. Ohrenh.*, mai 1895).

Herm. Contribution à l'étude des troubles laryngés du tabes (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1895).

Neitzke. Contribution à l'histologie de la membrane croupale dans la trachée (*Dissert. inaug.*, Kiel, 1895).

Panzer. Polypes tuberculeux des cordes vocales (*Wiener med. Woch.*, n° 3, 4 et 5, 1895).

Joel. Fracture du larynx (*Munch. med. Woch.*, n° 13, 1895).

O. Chiari. Sur le prolapsus du ventricule de Morgagni (*Wiener klin. Woch.*, 4 juillet 1895).

Josephson. Les affections tuberculeuses précoces du larynx et un cas de tuberculose laryngée primitive juvénile (*Dissert. inaug.*, Koenigsberg, 1895).

Pollnow. Contribution au traitement chirurgical endolaryngé de la tuberculose de l'épiglotte (*Dissert. inaug.*, Koenigsberg, 1895).

Oertel. Le laryngo-stroboscope et l'examen laryngo-stroboscopique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

W. Roetnisch. Position du cartilage aryténoïde dans la paralysie récurrentielle unilatérale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

P. Bergengrün. Contribution à l'étiologie des ulcérations laryngées dans le typhus abdominal (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

F. Kijewski. Sur la laryngofissure (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

A. Kirstein. Autoscopie du larynx et de la trachée. Laryngoscopie directe, enthyscopie, examen sans miroir (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

C. Benda. Les bandes muqueuses des cordes vocales de l'homme (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

A. Onodi et F. Klemperer. Contribution à l'étude des centres de la phonation (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 3, h. 1, u. 2, 1895).

A. Onodi. L'innervation du larynx d'après des recherches anatomopathologiques et physiologiques personnelles (A. Hölder, éditeur, Vienne, 1895).

H. Bergeat. Le sarcôme du larynx et de la trachée (*Monats. f. Ohrenh.*, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1895).

A. Heindl. Nouvelles communications sur l'action des inhalations de lignosulfite dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Wiener klin. Woch.*, 26 septembre et 3 octobre 1895).

Bokai. Durée de l'intubation dans les cas guéris avant la sérothérapie et actuellement (67 *Versam deuts. natur. u. Aerzte*, Lubeck, 18 septembre 1895).

L. Réthi. Remarques sur le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée (*Wiener klin. Woch.*, 17 octobre 1895).

Grünwald. Fistule anale. Tuberculose cutanée. Tuberculose du cartilage cricoïde. Séquestre laryngien (*Munch. med. Woch.*, n° 22, 1895).

L. Réthi. Les hemorrhagies des voies aériennes supérieures en général et en particulier (Collection Bresgen, K. Marhold, éditeur, Halle s/S. 1895).

C. Gerhardt. Examen externe du larynx (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 3, 1895).

F. Klemperer. Recherches expérimentales sur les centres de la phonation dans le cerveau (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 3, 1895).

A. Kuttner. Erreurs laryngologiques (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 3, 1895).

W. Roemisch. Etat de l'épiglotte dans la paralysie récurrentielle bilatérale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 3, 1895).

A. Baurowicz. I. Un cas de sarcome laryngien compliqué de péri-chondrite. II. Un cas de tuberculose laryngienne traitée par la laryngofissure (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 2, h. 3, 1895).

Jores. Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses du larynx chez l'homme et l'enfant (*Centr. f. all. Pathol. u. pathol. Anat.*, Bd. 6, 1895).

Kummel. Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée (*Dissert. inaug.*, Breslau 1895).

Przdborski. Paralyse laryngée gauche (hémiplegie gauche du larynx) au cours d'une maladie infectieuse aiguë de nature inconnue (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre 1895).

Görges. Un cas de papillome du larynx (*Berl. med. Gesells.*, 4 décembre; in *Berl. klin. Woch.*, 16 décembre 1895).

Grabower. Sur les centres d'innervation des muscles du larynx sis dans la moelle allongée (*Berl. klin. Woch.*, 23 décembre 1895).

G. Treupel. Etiologie et traitement des troubles moteurs hystériques du larynx (*Berl. klin. Woch.*, 30 décembre 1895).

G. Jonquière. Traitement du spasme phonique de la glotte. (*Monats. f. Ohrenh.*, décembre 1895).

Rabe. Morphologie des boutons gustatifs de l'épiglotte (*Anat. Anzeiger*, XI, 5).

A. Kuttner. A quoi sert le traitement local de la phthisie laryngée ? (*Berl. klin. Woch.*, 20 janvier 1896).

K. Clar. Guérison spontanée d'ulcérations laryngées tuberculeuses (*Wiener klin. Woch.*, 22 janvier 1896).

E. Kraus. Un cas d'argyrie cutanée externe à la suite de badigeonnages du larynx avec une solution de nitrate d'argent (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 18 février 1896).

G. Zwillinger. Sur les rapports de la pachydermie laryngée avec la leucokératose (leucoplasies) (*Wiener klin. Woch.*, 20 février 1896).

P. Bruns. Sur la laryngoscopie directe de Kirstein et son emploi pour les opérations endolaryngiennes (*Berl. klin. Woch.*, 24 février 1896).

A. Ephraïm. Sur la laryngoscopie directe (autoxopie) (*Monats. f. Ohrenh.*, février 1896).

E. V. Navratil. Sur le traitement des papillomes multiples du larynx (*Berl. klin. Woch.*, 9 mars 1896).

D. Hansemann. Sur une modification de l'épiglotte fréquente au cours de la syphilis (*Berl. klin. Woch.*, 16 mars 1896).

A. Stieda. Sténose laryngée chez un enfant, produite par une infiltration pseudo-leucémique de la muqueuse (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 1, 1896).

W. Kümmel. Traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée par des canules à tuyau de verre d'après Mikulicz (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 1, 1896).

A. Baurowicz. Sténose des bronches consécutive au sclérome (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 1, 1896).

P. Bergengrün. Un diaphragme laryngien (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 1, 1896).

K. Ehrlich. Cancer primitif de la bifurcation de la trachée (*Monats. f. Ohrenh.*, mars 1896).

C. Ziem. Sur l'autoscopie du larynx (*Monats. f. Ohrenh.*, mars 1896).

J. Katzenstein. L'orthoscope, nouveau miroir laryngien donnant l'image exacte du larynx (*Berl. klin. Woch.*, 20 avril 1896).

P. Geymann et E. Kronenberg. Histoire de la laryngologie et de la rhinologie (*Munuel de Lar. et Rhin.*, fasc. I, A. Hölder, éditeur, Vienne 1896).

G. Avellis. Le médecin du chant. Remarques générales sur l'étude du chant et l'hygiène des organes vocaux (vol. de 68 pages, J. Alt, éditeur, Francfort s/M 1896).

A. Kirstein. Voltolini et l'autoscopie des voies aériennes. Lettre ouverte au Dr C. Ziem, de Danzig (*Monats. f. Ohrenh.*, avril 1896).

C. Gerhardt. Sgr l'atrophie des tissus de la trachée (*Centralbl. f. innere med.*, 16 mai 1896).

A. Rubinstein. Sur le lupus primitif et secondaire du larynx (In-8° de 25 p. *Berliner klinik*, 1896).

L. Ebstein. Sténose laryngée due à une infiltration leucémique (*Wiener klin. Woch.*, 28 mai 1896).

Trumpp. Sur la technique de l'intubation (*Munch. med. Woch.*, n° 17, 1896).

H. Koschier. Contribution à l'étude des tumeurs trachéales (*Wiener klin. Woch.*, 11 juin 1896).

C. Ziem. Voltolini et l'autoscopie du larynx (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1896).

W. Mager. Un cas d'infiltration leucémique du larynx (*Wiener klin. Woch.*, 25 juin 1896).

A. Baurowicz. Cancer pédiculé de l'épiglotte (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

Katzenstein. L'orthoscopie du larynx (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

E. P. Friedrich. Les fibres élastiques du larynx (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

Pieniazek. La trachéoscopie et les opérations trachéoscopiques chez les trachéotomisés (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

A. Sokolowski. Contribution à la pathologie et au traitement des hypertrophies chroniques du larynx et de la trachée (laryngo-trachéite chronique hypertrophique (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

J. Sendziak. Inflammation de l'articulation crico-aryténoïde d'origine rhumatismale (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, Bd. 4, h. 2, 1896).

M. Hajek. Traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'iodyl (*Therap. Wochens.*, 21 juin 1896).

Ertler. Contribution au traitement des maladies du larynx et de la gorge (*Wiener med. Presse*, 2 août 1896).

Schroetter. Leçons sur les maladies de la trachée (in-8° de 195 pages, avec 53 figures, W. Braumuller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1896).

Hedderich. Observations cliniques sur le para-monochlopolénol dans la phthisie laryngée (*Munch. med. Woch.*, 11 août 1896).

O. Chiari. Un cas de fibrome laryngien mou atteignant à peu près la dimension d'une pomme (*Wiener klin. Woch.*, 27 août 1896).

A. Heindl. Casuistique des corps étrangers des voies aériennes supérieures (*Wiener klin. Woch.*, 10 septembre 1896).

A. Goldschmidt. Deux cas de périchondrite laryngée primitive se terminant bien (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre 1896).

Lissard. Cautérisation du larynx et de la trachée (*Aertzl Verein zu Marburg ; Berl. klin. Woch.*, 12 octobre 1896).

G. Koschier. Combinaison du sclérome et de la tuberculose du larynx (*Wiener klin. Woch.*, 15 octobre 1896).

NOUVELLES

Le Conseil de la Société Laryngologique de Londres est composé de la façon suivante pour 1898 :

Président : H. T. BUTLIN. — *Vice-président* : J. W. BOND, A. BRONNER, H. DE HAVILLAND HALL; SCANES SPICER; T. J. WALKER. — *Trésorier* : W. J. WALSHAM. — *Bibliothécaire* : J. DUNDAS GRANT. — *Secrétaire* : H. TILLEY, W. HILL. — *Conseil* : A. A. KANTHACK, SIR F. SEMON, W. R. H. STEWART, SAINT-CLAIR THOMSON, P. WATSON WILLIAMS.

La Société Laryngologique et otologique de Saint-Louis-Mo a été fondée le 27 décembre 1897. Elles est composée des médecins de Saint-Louis qui se livrent à pratiquer des affections du nez, de la gorge et de l'oreille. Ont été élus pour l'année 1898 : *Président* : J. L. MULHALL. — *Vice-président* : J. B. SHAPLEIGH. — *Secrétaire* : F. M. RUMBOLD. — *Trésorier* : A. S. BARNES. — Les séances seront mensuelles.

Prix de la Faculté de Médecine de Paris

PRIX BARBIER. — Le prix n'a pas été décerné. Trois encouragements de 500 francs chacun sont accordés : 1° à M. MÂRAGE pour son cornet acoustique d'un nouveau modèle dont la construction est basée sur une étude scientifique pour l'audition des voyelles ; 2° à M. PÉRAIRE, pour sa table d'opérations ; 3° à M. MENDEL, pour un appareil destiné à étudier et à comparer le débit de l'air par la bouche et les narines, avec applications à la rhinologie.

Le Dr J. O'Dwyer a succombé le 7 janvier dernier, à New-York, à la suite d'une courte maladie, à l'âge de 56 ans. Il était bien connu pour ses appareils destinés au tubage du larynx qu'il imagina sans connaître ceux que Bouchut avait préconisés auparavant. C'était un savant modeste et honnête dont la mort sera vivement regrettée.

Le Dr R. Lake, rédacteur-adjoint du *Journal of laryngology, rhinology and otology* devant publier, en juin 1898, un annuaire international des laryngologistes et otologistes du monde entier désirerait recevoir les noms et adresses des spécialistes. Les adresser à Rebman and Co, éditeurs, 11, Adam Street, Londres. W. C.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL : 93, boulevard Saint-Germain, PARIS.

Réunion du 4 février 1898.

Le 4 février 1898 a eu lieu la trente-neuvième réunion de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le prof. CORNIL. — Vingt et une personnes y assistaient.

ELECTIONS. — Ont été élus, dans cette séance, membres de l'Association :

MM. les D^{rs} MONPROFIT (d'Angers), pour l'*Anjou médical* ; — EM. LAURENT (de Paris), pour l'*Indépendance médicale* ; — M. le P^r BERGONIÉ (de Bordeaux) pour les *Archives d'Electricité médicale* ; — M. le D^r Georges BAUDOUIN pour les *Annales d'Hydrologie*.

CANDIDATURE. — M. le D^r Olivier a été nommé rapporteur de la candidature de M. le D^r PICHEVIN (de Paris) pour la *Semaine Gynécologique*.

LES CONGRÈS DE 1900. — Sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, les membres du Bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin sont chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un Bureau de Renseignements à l'usage des médecins de la province et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès médicaux qui auront lieu à cette époque.

Le Secrétaire général,

Marcel BAUDOUIN.

Programme de la réunion des otologistes allemands à Vienne, les 20 et 21 février 1898.

1. G. ALEXANDER. — Contribution à l'anatomie comparée du labyrinthe : sur le pigment dans le labyrinthe des mammifères. — 2. B. BAGINSKI. Les névroses traumatiques et l'oreille. — 3. A. POLITZER. Sur les anomalies persistantes du tympan. — 4. C. BIEHL. Occlusion des lacunes tympaniques réépidermisées. — 5. F. ALT. Sur la surdité cérébrale. — 6. J. GRUBER. Sur le cholestéatome du temporal. — 7. B. PANZER. Sur l'histologie de l'oreille moyenne. — 8. URBANTSCHITSCH. Sur les lacunes de l'ouïe chez les sourds-muets. Présentation d'un rhéostat agissant automatiquement. — 9. F. ALT et V. HAMMERSCHLAG. Sur le diagnostic des affections de l'appareil récepteur des sons.

Une Société OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE MADRILÈNE vient de se fonder ; les spécialistes suivants la composent : URDUELA, MARIANI, GONZALEZ ALVAREZ, CARRALERO, GOMEZ de la MATA, HORCASITAS, GONZALEZ CAMPO, MORALES, RUEDA, COMPAIRED, BARAJAT, SANCHEZ LALVO, STERLING, ENRIQUEZ, BOTELLA ET FORNS.

Le *British medical Journal* annonce la mort du Dr CARMALT JONES, ex-chirurgien de l'hôpital central pour les maladies de la gorge et de l'oreille décédé à Londres le 2 février dans sa 51^e année.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PROSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPÉPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Sirop et Pâte Berthé à la codéine.
— Calmants
pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances
des femmes et des enfants.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Guaiacol as a local anesthetic in minor operations on the Nose and Throat (Galacal comme anesthésique local dans les petites opérations sur le nez et la gorge, par J. E. NEWCOMB (extrait du *N Y. med. journ.* 28 août 1897), *Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase* (Clinique des maladies de la bouche, du maxillaire et du nez, fasc. I; lacunes et nécrose phosphosée, par L. BRANDT (Broch. de 54 pages, avec 14 figures dans le texte A. Hirschwald, éditeur, Berlin 1898).

De l'érythrocytose dans ses rapports avec l'insuffisance hématopoïétique, par A. MICHEL DARSAC (Broch. de 80 pages, G. Carré et Naud, éditeurs, Paris 1897).

I Statuten der Wiener Laryngologischen Gesellschaft (Statuts de la Société Vienneoise de Laryngologie). — II. Sitzungsberichte der Wiener Laryngologischen Gesellschaft (Procès-verbaux des séances de la Société viennoise de Laryngologie en 1897 (W. Braumüller, éditeur, Vienne et Leipzig, 1898).

De la voix eunuchoïde et de son traitement, par A. BONNES (Extrait des *Bull. et mem. de la Soc. franç. d'otol. lar. et rhin.* 1897).

Large pulsating Vessels in the Pharynx (Gros vaisseaux pulsatiles du pharynx, par A. BROWN KELLY (Extrait du *Glasgow Med. Journ.* janvier 1898).

I. Toute inflammation of the antrum of Highmore. — II. A new electrical nasal Saw (I. Inflammation aigue de l'antré d'Highmore II. Une nouvelle scie nasale électrique, par F. C. COBB (Extraits du *Boston med. and surg. journ.* 1897).

Ecoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif externe. Fistule congénitale probable, par E. ESCAT (Extrait des *Arch. Intern de Lar.* 1898).

Lupus primitif du larynx, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. med. journ.* 1^{er} janvier 1898).

Remarks on treatment of chronic affections of the faucial Tonsils, with Demonstration of instruments (Remarques sur le traitement des affections chroniques des amygdales linguales, avec démonstration d'instruments, par J. W. GLEITSMANN (Extrait du *N. Y. med. journ.* 4 septembre 1897).

Report of the Progress made in the treatment of laryngeal tuberculosis since the last International congress (Rapport sur les progrès accomplis dans le traitement de la tuberculose du larynx depuis le dernier Congrès International, par J. W. GLEITSMANN (Extrait du *N. Y. med. record.* 4 décembre 1897).

Reminiscences of the International medical congress at Moscow, par J. W. GLEITSMANN (Extrait du *Laryngoscope*, novembre 1897).

Des troubles de la voix d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs, par A. COURTADE (Extrait des *Arch. int. de lar. otol. et rhin.* 1898).

Transactions of the congress of american physicians and Surgeons (Comptes rendus du Congrès des médecins et chirurgiens américains, 4^e session triennale tenues à Washington les 4, 5 et 6 mai 1897 (vol. de 340 pages, cartonné à l'anglaise, New Haven 1897).

De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des affections des voies respiratoires aiguës et chroniques, par LE TÂNEUR (Broch. de 8 pages, Impr. E. Pigelet, Paris, 1897).

The President's address delivered before the american Laryngological association at its nineteenth annual congress (Discours présidentiel prononcé au 19^e congrès annuel de l'Association Laryngologique américaine, par C. H. KNIGHT (Extrait du *N. Y. med. journ.* 23 août 1897).

Exostosis of the septum as a Cause of chronic Naso pharyngitis (Exostose de la cloison causant la rhino pharyngite chronique, par C. H. KNIGHT (Extrait du *Laryngoscope*, avril 1897).

A case of subglottic fibroma: removal by tracheotomy and cauterizing (Un cas de fibrome sous glottique, extrait par la trachéotomie

et le curettage, par J. W. FARLOW (Extrait du *N. Y. med. journ.* 11 décembre 1897).

Etude sur la carie dentaire et son traitement par le plombage, par W. HIRSCHFELD (Broch. de 45 p. J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris 1898).

Das Hörvermögen der Taubstummen mit besonderer Berücksichtigung der Helmholtz'schen Theorie, des Sitzes der Erksankung des Taubstummen. Unterrichts (Le pouvoir auditif des sourds-muets et en particulier de la théorie d'Helmoltz, du siège de l'affection et de l'éducation du sourd-muet, par F. BEZOLD (Broch. de 156 pages, prix 5 MK. J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden 1896).

Das Hörvermögen der Taubstummen für Aerzte und Taubstummenlehrer (Le pouvoir auditif des sourds-muets, à l'usage des médecins et des professeurs de sourds muets (Broch. de 30 pages, prix 1 mk J. F. BERGMANN, éditeur Wiesbaden 1897).

Über die Funktionelle Prüfung des menschlichen Gehör organs (Sur l'examen fonctionnel de l'organe auditif de l'homme, par F. BEZOLD (Broch. de 240 pages avec 2 planches en lithographie et des figures dans le texte, prix 6 MK. J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden 1897).

Suppuration, du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher par P. COLLINET (In 8° de 263 p. prix 5 fr. A. Coccoz, éditeur Paris 1897).

Conférences populaires d'hygiène, par G. BAUDRAN avec une appréciation du Prof. Brouardel (In 8° de 88 p. prix 1 fr. 50, chez Firmin Didot et C^{ie} et Coccoz, Paris 1898).

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (Manuel de Laryngologie, et Rhinologie, publié par P. HEYMANN (fasc. 21. A. Holder, éditeur, Vienne 1897).

Le Gérant : G. MASSON.

